Año XIX. Núm. 148.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

Abril de 1925.

Se publica cada tres meses. Precio de suscripción: $3.00 al año.

Para más informes dirija la correspondencia al Editor.
De todos los libros que se nos envíen daremos cuenta en el BOLETIN y si se nos remiten dos ejemplares se hará un trabajo crítico en la sección bibliográfica.

Redacción Luna 41. Box 1306. San Juan, Pto. Rico.

CANTERO, FERNANDEZ & CO. INC., SAN JUAN

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado cada tres meses bajo la Dirección de la Junta Directiva.

Año XIX. | ABRIL 1925. | Número 148

MEMORIAL

ELEVADO POR LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO AL HON. GOBERNADOR, A LA HON. LEGISLATURA INSULAR Y A LOS HONS. ALCALDES Y ASAMBLEAS MUNICIPALES DE PUERTO RICO

LAS condiciones en que se practica la beneficencia municipal han sido siempre motivo de descontento, tanto de parte de las municipalidades, como de la clase médica. Esto se debe a que el número desproporcionado de indigentes necesitados de asistencia no puede ser atendido en forma adecuada por el exiguo número de médicos que cada municipio dedica a este servicio, siendo físicamente imposible que una sola persona pueda atender diariamente a cuarenta o cincuenta enfermos diseminados en un área de varias millas cuadradas.

Por desgracia, nuestro pueblo tiene la creencia de que basta con que el médico saque el formulario del bolsillo para poder darle inmediatamente la receta deseada, pues para ellos, el historial clínico, el examen físico, el diagnóstico correspondiente, etc., exigen poco o ningún esfuerzo intelectual. "Viene a buscar una receta". Si no se le atiende es porque el médico no quiere, o porque es vago. Siempre el pobre médico carga con toda la responsabilidad.

Este descontento reinante ha dado lugar a que varios compañeros se hayan dedicado al estudio de este problema, mereciendo especial mención la brillante labor realizada por el Dr. Berríos Berdecia, quien en artículos en la prensa médica y diaria ha propuesto la reorganización de la beneficencia municipal, formando, para su atención, un fondo común con el 30% de los ingresos municipales, pues siendo la salud, como la instrucción, un problema insular, debe, como la última, resolverse con el mismo criterio. Este reajuste centralizador tiene grandes ventajas, pero la dirección y supervisión inmediata de este servicio recaería, inevitablemente, bajo la égida del Departamento de Sanidad, y por este motivo, la mayor parte de las autoridades municipales y la clase médica lo conceptúan inoportuno, ya que además de mermar considerablemente nuestra autonomía municipal, el cargo de Comisionado Insular de Sanidad no es todavía de nombramiento popular.

Los compañeros legisladores Jordán y Perea Fajardo presentaron en esta sesión de la Legislatura el P. del S. No. 73, reorganizando la beneficencia municipal, proyecto que también fué sometido a la

consideración de la Cámara Baja por el distinguido y popular representante, Sr. McJones.

Desde el primer momento este "bill" recibió el endoso de la clase médica, motivo por el cual fué citada la Directiva en pleno para su estudio y consideración.

En dicha reunión se acordó convocar a la Asociación Médica de Puerto Rico a Asamblea Extraordinaria, de modo que todos los médicos interesados en este magno problema de la beneficencia municipal tuvieran la oportunidad de ofrecer el fruto de su valiosa experiencia en pro de los más altos intereses públicos.

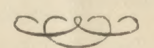
Fué también acuerdo de la Directiva, el que se nombrara una Comisión compuesta de los Comités permanentes de Legislación y Beneficencia, bajo la presidencia del Dr. Figueroa, para que en entretanto estudiara cuidadosamente este difícil problema, inquiriendo por escrito la opinión de los compañeros de la Isla, de modo que se pudiera formular un plan determinado o endosar el P. del S. No. 73 ante la Asamblea Médica, para que ésta, a su vez, lo recomendara favorablemente a la Legislatura.

En una de las varias reuniones celebradas por dicho Comité Conjunto, la que se efectuó en Vega Alta, en el hogar de nuestro distinguido compañero Dr. Sifre, el Dr. Gómez Brioso, al exponer los principios que sustenta la Asociación en este respecto, describió tan magistralmente la personalidad del médico de beneficencia, la del indigente, la del cuerpo colectivo municipal y la relación de la Asociación entre estas tres entidades, sugiriendo a la vez la conveniencia de hacer una pública "Declaración de Principios", que esta Presidencia, al dar cuenta en la Asamblea Extraordinaria de la labor realizada por dicha Comisión, invitó al Dr. Gómez Brioso a exponer más en detalle, ante aquel docto cuerpo, su luminoso pensamiento. Fué tal el entusiasmo que sus ideas despertaron entre los asambleistas, que por unanimidad se recomendó la designación de una Comisión encargada de redactar la citada "Declaración de Principios", recayendo dicha designación sobre los competentes compañeros Dres. Figueroa, Gómez Brioso, Gutiérrez Ortiz, Quevedo Báez y Santiago, quienes, más que a nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico, a nombre de la clase médica insular, presentaron el documento que sigue a continuación.

Cumplimentando también el mandato expreso de la Asamblea Extraordinaria de la Asociación Médica de Puerto Rico y con el endoso de la Junta Directiva en pleno, esta Presidencia, a nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico, respetuosamente eleva dicha "Declaración de Principios" a la consideración de las autoridades insulares y municipales competentes.

El cuidadoso plan presentado por el Comité Conjunto recomendando el proyecto del Senado No. 73 y el de la Cámara No. 161 recibió el endoso de la Asamblea, siendo acuerdo unánime el recomendarlo favorablemente con ligeras enmiendas para su aprobación a la Hon. Legislatura Insular, por conceptuarlo de manifiesta utilidad pública.

DR. E. FERNÁNDEZ GARCÍA,
Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico.



DECLARACION DE PRINCIPIOS

EL INDIGENTE, EL MEDICO, LA MUNICIPALIDAD, RELACION ENTRE ESTAS TRES ENTIDADES SEGUN LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

EL INDIGENTE

EL indigente no es sólo el producto de la pobreza; es una levadura de taras múltiples en la que se condensa el arrastre, quizá ancestral, de muchos vicios, la influencia de factores concurrentes, bastantes a definir su tipo y su morfología, su verdadera estructura.

El indigente es el residuo, que la sociedad de arriba y clases acomodadas dejan en los planos del bajo fondo.

Así, la indigencia es un producto morboso no formado en un día, ni en una época, sinó en la continuidad de un proceso lento, en cuyo desarrollo, cada factor de injuria o de ruina puso su influencia.

Los indigentes son los rezagados. No los crearon la generosidad ni el amor evangélico de los de arriba.

Quizá, si la palanca del egoismo les dió el primer impulso generador, que ya sabemos, que, en el festín de los bienaventurados y felices no son muchos los elegidos y, de los goces y alegrías de que los más pueden disfrutar, escasamente participan los que no pudieron sentarse en él.

El lodo que remueven los que avanzan en legiones triunfadoras, por los caminos de la vida, salpica muchas vestiduras.

Y es fango y es lodo el veneno que la sífilis esparce en los cauces abiertos de la vida, y es fango, también, el tósigo infamante que el alcohol vierte en las anforas sedientas de unas y otras generaciones, y fango son las amarguras y el dolor, que las estrecheces, el hambre y la miseria hacen apurar.

Todo ésto, vertido en la impiedad de un egoismo desmedido; todo ésto es lo que recoge el plano hondo del medio social, y en él, es que se moldea este engendro de indigencia, que es una verdadera desviación de las fuerzas creadoras de la vida.

* * *

Algún día, la Fisiología social nos descubrirá la explicación verdad de esa personalidad rara y *sui géneris,* que muestra el indigente.

En él la abulia ha plasmado un individuo. Las fuerzas directoras de la voluntad han claudicado o están abolidas.

Su mundo moral es un mundo pequeño, en el que, más que el amor, esa fuerza creadora de las grandes energías morales, domina el instinto.

Ciego, sin voluntad, se entrega a la fatalidad de un enervante destino. No afirma su confianza en creer que sus brazos sean palancas creadoras de labor o de trabajo.

La sociedad de arriba es para él un mundo extraño, donde él cree no encontrar acceso.

Se siente un vencido y vive abandonado al esfuerzo propulsor de los demás.

Su choza es una cueva de refugio, sitio de escasez, de dolor y de miseria.

Siente la vida como un atributo, no como una sensación. Tiene lo que la especie le dá, pero no lo que la sociedad, con su Código múltiple de deberes, le requiere.

Eslabón suelto de la cadena social, parece que en él se desconecta la vida fecunda y hermosa de la sociedad.

* * *

Es cierto, que el individuo es la resultante de un conjunto de circunstancias.

Orgánicamente, estamos sujetos a influencias exteriores que modifican nuestro psiquismo.

¿De qué otra manera puede ser, si hay, en la trama periférica de nuestro organismo, una red vaso-motora, que vibra al tenor de un harpa, cada vez que recibe una sensación, resultando, que lo que somos en la vida de individuo, de familia y de sociedad, no es más que, el eco de repercusiones múltiples y varias, continuamente recibidas y reflejadas?

La vida es así, la resultante de ondas emocionales que, constantemente, estamos reflejando, respondiendo a las que recibimos del mundo exterior que nos rodea.

Bajo tal apreciación emocional, estudiado el plano en que se mueve el tipo de hombre indigente o necesitado, al que, bajo su techo y sobre su mesa, falta lo que sobra abundoso al rico; tal tipo individual es uno, en el que, las ondas emocionales, apenas si se muestran sensibles, porque toda reacción devuelta por sus sentidos y sensorio está en él languidecida sinó apagada.

Un estado de sordera moral, que no da cuenta de aquel de conciencia, que estructuran la moral, la religión, el amor de familia, el patriotismo, la fé que hace latir el corazón a cada impulso generoso, que sacude el pensamiento para buscar la verdad, que pone en tensión los nervios y en vibración los músculos para el trabajo; conjunto de atributos, que crean el tipo normal del individuo y que definen, en él, y afirman su personalidad.

El indigente es así, considerado, y de modo inconsciente, el apático, el insensible, el atrofiado de voluntad y de fé para hacer frente a la vida, reaccionar y luchar.

Como se ha dicho anteriormente, es el producto de sedimentación, que, en los planos inferiores de la sociedad han ido depositando las capas superiores, que a virtud de influencias y de medios superiores de existencia, por egoismo o por vicios, por virtud o por sabiduría, han sabido seleccionar su mejor condición de vida y abandonar el lastre de impurezas y de corrupción, que a ellas estorbaban.

Desde un punto de vista anatomo-fisiológico, el indigente representa la menor resistencia y es en él donde prenden y se desenvuelven mejor todas las nocivas influencias, lo mismo de orden físico, que de orden moral.

La indigencia es la miseria y, en ella toda sociedad, todo pueblo y todo gobierno tienen uno de sus problemas más hondos y complejos, fuente de donde derivan un sinnúmero de males, que no comprendidos en sus orígenes, comprometen el bienestar material y moral de las colectividades.

Si la indigencia supusiera sólo la falta de lo necesario, sería un mal que la resignación y la virtud del sufrimiento harían tolerable. Pero es que vá más allá; ella lleva sonrojo y ludibrio a la faz de los que la sufren; ellos llevan el estigma de deprimidos, de degradados; es el muro fuerte que se alza frente a todo noble y generoso impulso y cierra tiránica las puertas a los más nobles afanes y deseos, pone a pregón toda flor de virtud y hace que la honradez, bajo ella, palidezca y se sacrifique.

La miseria no es una condición impuesta por Dios; es el eterno crimen, que la sociedad civilizada viene realizando al imponer sus privilegios desvirtuando las líneas divinas que dan marco a la igualdad humana.

¿De dónde vienen todos los males sociales, que oprimen al hombre?

Ya lo sabemos. Es uno solo el fatal origen: la apropiación, por unos cuantos,

de la tierra que Dios nos dió para gozarla y para vivirla.

Y será, en vano, que el hombre moderno avance, mientras este mal no sea, sinó reparado en absoluto, cuando menos, atenuado con manos de piedad y de misericordia.

El primer factor humano, no de casta ni de pueblo ni de raza porque está inspirado por el mismo, es el que creó, desde el principio de la organización social, los privilegios, en cuya virtud, la tierra, madre común de todos, dá sus frutos abundosos y pródigos a unos, mientras otros, escasamente pueden exprimir sus jugos para vivir.

De ese lado cayó la primera piedra sobre la cual la sociedad erigió su castillo de privilegios.

En el andar cansado y lento del tiempo, no obstante los progresos de todo orden, esa casta de preteridos no ha cambiado. Por el contrario, a medida que la civilización avanza y el progreso de las industrias y de todas las actividades económicas es mayor, mayor va siendo, también, la situación desesperada de los que han hambre y sed de justicia.

El galopar vertiginoso de las correas, impulsando las fuerzas motoras de los ejes y de los cilindros; el poderoso oscilar de las palancas, abreviando energías humanas y acrecentándolas en la brutalidad de las máquinas; este monstruo de hierro impulsor de todos los progresos, ha ido paralizando brazos obreros en todas las industrias, favoreciendo y creando mayores necesidades para la vida, haciendo ésta más imposible y más difícil. Y, de aquí, más necesidades, más ambiciones, más luchas y mayor miseria.

Pero no es ésto todo. Al lado de la miseria que aminora o excluye el pan, cunden todas las plagas que el carro de la civilización aporta, porque, es indudable, que el mayor tráfico de relaciones comerciales y sociales esparce mayor suma de averías, de lacerias y de vicios, que recoge, en su acantilado, ese bajo fondo social, donde van a recogerse todas las impurezas de arriba.

* * *

El tipo rural del indigente, se desenvuelve en un medio muy distinto al de las zonas urbanas.

Aquel vive desligado, no sólo de toda relación social en lo que se refiere al trato de gentes, a religión, política etc., sinó que las influencias del progreso, aquellas que afectan al bienestar de la comunidad, principalmente, las de higiene y salud pública, no le alcanzan.

Por faltarle, le falta hasta la noción de la medida del tiempo; no conoce el reloj. Sus horas las mide por el cantío del gallo o por los astros. Unas veces, es el sol, otras son las estrellas.

El horizonte de su mundo, es muy pequeño; lo mide por la línea de los montes y de las colinas que lo cierran.

La vida, frente a él, no tiene ningún estímulo. Va a abrir surcos o a manejar la azada o el machete, como una máquina obediente de trabajo; no conoce sus propias necesidades; sacia su hambre lo mismo con una fruta, que con lo primero que tiene a sus alcances.

La industria no ha fabricado para él la silla ni la cama. Conoció siempre, como únicos artefactos de descanso, la enervante hamaca de cuerdas y el catre.

Sobrio, por demás, para el sueño y para el hambre, duerme escasas horas y se alimenta frugalmente.

No conoce la higiene privada, pero como Dios se lo da a entender, la practica. Medio obscuro todavía, entre claridades de aurora, baja a la quebrada o al río a

zambullirse y refrescar su cuerpo. Obedece con ésto, al instinto.

Como él vive en un mundo abstracto, sin sociedad ni corrientes sociales, oye, más la voz de la naturaleza, que la del hombre, su semejante. Así, como su reloj es la esfera celeste, y su gran fuente de vida, el aire que entra a grandes oleadas por las hendijas de su bohío y la luz, lo mismo la del sol, que la de la luna y las estrellas; del mismo modo, su gran botica para él, está en las plantas, cuyas virtudes curativas ciertas o figuradas, él conoce por la fuerza viva de esa corriente que va a través de unas y de otras generaciones y que se llama la tradición.

Así él se cura con guarapos, y entran en juego, lo mismo la salvia, que la guanábana, el higuillo, la naranja, el malá, peletaria, hierba-buena, etc., etc.

Como no tiene más templo que el de la naturaleza, se paga fácilmente, de creencias rutinarias y vulgares y hace materia de fé, la superstición.

La malicia mercenaria hace tiempo que, en nuestros campos, explota las prácticas más burdas del espiritismo. Y las explota, no para abrir cauces en la conciencia, a la fé, sino para administrar drogas medicinales, que dicen inspiradas por un genio médico fallecido.

El curanderismo, que es un mal social tan antiguo como las montañas, hace su mercado en esta masa impreparada, muy fácil al impresionismo y a la sugestión.

De mente a mente, ellos aceptan mejor, porque lo asimilan con más facilidad, el consejo de un yerbatero o de un charlatán vulgar, que el que pudiera darles un médico.

Precisamente, la gran barrera, muro de piedra, que el médico del campo tiene que romper, es esta credulidad ciega, que se paga de supersticiones y de embaucamientos.

Y el médico es, más bien, un responsable, que el miedo, no el respeto, a la ley o a la justicia, les hace buscar para, en todo momento, estar justificado y tener así, también, quien *entierre a los muertos.*

* * *

Bajo un punto de vista biológico, el indigente es un mal enfermo.

En él, no hay organismo; las defensas están debilitadas o arruinadas por el lastre y las taras ancestrales, que tiene en su abono.

Y, a este respecto, es bueno sentar un principio, que, en todo tiempo, tendrá que ser, el que dé norma, base y fundamento a toda terapéutica que se ponga en practica, en beneficio de este indigente.

Ninguna droga podrá ser efectiva en estos enfermos, si ellos no ofrecen el campo de resistencia, que, en todo tiempo, ha de marcar orientación y rumbos a toda ciencia de curar.

Esto contiene el substractum de un hondo y muy interesante problema médico, al cual deberán atenerse los Terapeutas, si su afán es no sólo aumentar mercantilmente el vasto caudal de drogas con que la corriente moderna de descubrimientos medicamentosos, vá a los mercados.

Podemos sentar, que el problema con que la Beneficencia Pública se confronta, es más de biólogo, y más social, que médico.

Hay que instruir a ese cuerpo social; enseñarle el arte de alimentarse, el de saber vivir.

Su alimentación es completamente desordenada y anticientífica.

¿Será el pan, primero que la medicina, lo que nos corresponda ofrecerle?

Esta es la primera fase del problema,

La otra fase la complica un conjunto de ideas subvertidas, de creencias, de supersticiones, etc., que alimenta su crasa ignorancia, y que será esa Escuela rural redentora, creadora del nuevo tipo de campesino, la encargada de poner frente a ellas, su piqueta demoledora.

El tipo urbano del indigente es ya, otra cosa.

Este es el que vive adosado, como una ostra, en los suburbios de las ciudades y poblaciones grandes.

Este dejó todas las claridades del sol y los astros y aquel aire puro, saturado de vida, que, a pulmón pleno respiraba en su bohío y en las hondonadas de sus campos.

Perdió aquel ambiente de paz y de quietud, que tenía algo de templo para invitar el pensamiento a mecerse en las regiones altas de la fe, y poder pensar y meditar en Dios.

Ahora, el farrago tumultuoso de la vida civilizada lo envuelve; ahora es una rueda de tantas que van atropelladas, vertiginosas por los amplios cauces de las vías públicas.

Condenado a vivir en lo más pobre e inmundo del medio social, ya que no tiene derecho a la vida, disponiendo de alimentos sanos y regeneradores, se vé obligado a vivir estrecho y obscuro, sin el alimento principal del aire y sin los preciosísimos destellos de la luz del cielo.

Mal vivido y peor alimentado, si alguna vez le alcanzan los beneficios de la Medicina, en forma de Beneficencia, ésta, en vez de ser reparadora y curativa, le es nociva, porque, ¿qué energías puede despertar una droga, en un organismo, en el que las fuentes principales de esas mismas energías están dormidas o muertas?

¿Quién no bien nutre su organismo para el necesario equilibrio, único del cual depende la verdadera salud, podrá, en ningún momento repasar sus fuerzas perdidas, ingiriendo una mal confeccionada droga?

El indigente urbano es, de esta suerte, un condenado a vivir mal en los suburbios del medio social y a morir, como un residuo, despojo informe de los de arriba, afortunados de la suerte, que no pudieron ni con su caridad fastuosa o de salón, las más veces ni con su medrada ciencia, salvarlo de la miseria ni de la enfermedad.

Por algo es que, en esos bajos fondos, donde se acantilan tantas impurezas y vicios, se va abonando el subsuelo para que prenda en él y se cultive la planta, que habrá de sanear, en su día, tanta insalubridad y tanta miseria y tanta injusticia.

Así como, por obra de Dios o de la Naturaleza prenden en los campos plantas como el Eucaliptus, que purifican el ambiente, también, prende en los campos del medio social la planta—idea, generadora y salvadora de pueblos.

¡Ya, quizá, es tarde para que nuestra ciencia ungida por la caridad, pueda remediar tanto mal, tanta desgracia, que, a fuerza de ser tan vieja en los tiempos que han pasado, ha llegado a humanizarse!

¡Pobre, el indigente para quien la misericordia y la piedad, han sido palabras sin sentido ni realidad humana!

¡Pero, vosotros, indigentes vencidos, acaso seais frutos de bendición, algún día!

¡Væ Victis!

EL MEDICO

HE aquí la personalidad mas discutida sobre la faz terrestre; he aquí el hombre contra el cual más despiadadamente se ha ensañado la sátira burlesca de esclarecidos escritores unas veces y siempre la ingratitud de la mayor parte de aquellos por quienes en defensa de su vida ha expuesto la suya; he aquí el ser natural de mas variadas facetas de bondad, todas bien cortadas, y refulgentes como las de un nítido brillante engarzado en una corona regia.

El príncipe de la elocuencia romana, el gayo tribuno que con vibrantes apóstrofes comenzó la catilinaria reveladora de los siniestros planos de Catilina para con la República fundada por los lactados por la loba, el hombre de verbo más bello que produjo la ciudad santa de las Siete Colinas, en una palabra, el inmenso Marco Tulio Cicerón, al expresar lo que es el médico, dijo: "Nunca se asemeja el hombre tanto a Dios, como cuando da la salud a los hombres", elevando de este modo hasta el Ser Supremo la personalidad del médico, ya que intencionalmente dijo, "cuando dá la salud", y no cuando la conserva.

No se puede pedir más alta concepción moral del médico, ni se puede tampoco demandar que ella surja de fuente mas autorizada que la de cerebro tan vigoroso y cultivado como el del maestro de la palabra, en la ciudad santa del Quirinal y el Vaticano.

¡Ah! Después de ésto, ya el médico se puede sentir indemnizado de haber sido víctima de sátiras tan rudas como las de Plinio o Quevedo o burlas tan groseras como las de Moliere o Voltaire!

Y es que tiene razón el supremo tribuno romano, pues no es posible hallar en la tierra ni más humana, ni más filantrópica profesión que la del médico, abnegado hasta sacrificar su vida en aras del cumplimiento del deber, que le manda a olvidarse de sí para luchar contra la muerte en defensa de un semejante; y si nó, ¿quién es, el que cuando en un hogar una madre desesperada llora, al ver extinguirse, como llama que le falta oxígeno, la vida de un pedazo de sus entrañas, entra en él, ya se trate de una regia mansión o de un tugurio infecto? ¿No es el médico, quien abnegadamente penetra a combatir contra el gérmen de un proceso morboso, tal vez si infeccioso, y por tanto factible de atacar su organismo y vengarse de su humanitarismo castigándolo a morir del mal que vá a combatir?

¿Acaso no es el médico la persona a quien se confía el honor de una familia, cuando alguna mácula cae sobre la honra de la seducida puber, víctima del engaño de un seductor galán o pasto de la bestialidad satiriásica de uno de esos monstruos que en teratología social castiga el Código Penal como autores del feo y repugnante delito de violación?

¿Quién sino el médico, es el auxiliar poderoso que encuentra la Justicia, para evitar que una madre desnaturalizada evada la responsabilidad que sobre ella recae por tratar de ocultar el fruto de ocultos amores con el salvaje crimen del infanticidio?

Dígasenos ahora, después de estas ligeras consideraciones, si el médico no tiene que ser en primer lugar un perfecto caballero, capaz de darse cuenta por sus prendas intelectuales y morales, de la alta misión que tiene que llenar en sociedad, ya que ésta le confía no solo la vida de sus constituyentes, sinó lo que tal vez

sea de más trascendencia: el honor de una niña, la honra de un hogar o el buen nombre de una familia.

Y si ésto es en su relación con la familia, que pudiéramos llamar privada, en sus relaciones públicas, o con el estado, la personalidad del médico refulge con mas brillo, como el sol en zenit, ya se le considere en el pupitre del legislador ayudando a la confección de leyes, armonizadoras, del Derecho Natural y el Derecho Positivo con los imperativos de la biología humana; ya lo veamos como hombre de ciencia en un laboratorio, descubriendo gérmenes patógenos o preparando sueros y vacunas para luchar contra las enfermedades microbianas; o bien, lo consideremos como higienista sabio, dictando medidas profilácticas para salvar una comunidad de ser azotada y diezmada por horrorosa epidemia sembradora de dolor, luto y horfandad.

Pero el médico, como el hijo humilde del carpintero de Nazareth y después Sublime Transfigurado en el Tabor, es grande hasta la santidad, cuando al ejercer su sacerdocio devuelve la salud al enfermo o salva la vida del moribundo.

Así, es grande el Desarrapado de Galilea cuando predica su doctrina, cuando hace el milagro de la multiplicación de los panes y el cambio del agua en vino, cuando ante sus discípulos absortos camina sobre las ondas rizadas del Tiberiades, cuando entre los suplicios ocasionados por los sayones y entre dos malbechores estóicamente muere por su doctrina; pero cuando el Héroe de la tragedia del Calvario se hace tan grande a no caber ya en el marco de lo humano, es cuando cura al leproso, cuando devuelve la vista al ciego, cuando restablece la marcha al paralítico y cuando venciendo a la muerte según la leyenda religiosa, devuelve la vida al hijo de la viuda de Naín, o al leproso Lázaro, al articular las salvadoras palabras: "Surge et ambula".

Lo mismo acaece al médico, que sin poder llegar al milagro que atribuye la fe religiosa al Cristo, es grande cuando es legislador, descubridor, hombre de ciencia, hombre de gobierno o personalidad de alto relieve social; pero cuando más grande se presenta a nuestra consideración, es cuando, héroe anónimo, pierde su vida en el campo de batalla curando heridas o cuando sin descanso, agobiado por la faena del día lucha a altas horas de la noche entre las paredes de un hospital defendiendo una vida, o en un mísero sótano, en que sin luz, sin aire y sin medios de recursos para vencer, oye los gritos de dolor de una madre que desesperada llora ante la fatal agonía del hijo, que dobla la cabeza ante la muerte como una flor que inclina su corola al soplo del viento del estío.

Y todo esto para obtener como recompensa la mayor de las veces, un vejamen a su prestigio o un injusto desdén ante su abnegación y gloria. Afortunadamente, al médico gusta más el premio que le otorga su conciencia haciéndolo sentir satisfecho, que todas las cruces y condecoraciones con que los gobiernos suelen a veces premiar los héroes de los grandes crímenes colectivos pomposamente llamados guerras.

Los entusiasmos del médico para poderse mantener requieren de parte de aquel una gran *abnegación* y un gran *desprendimiento*.

Decimos que necesita una gran abnegación, porque sólo con ésta es que puede luchar en un medio muy pocas veces favorable, donde en gran número de ocasiones, cuando el proceso patológico es de alguna duración e intensidad, se du-

da de su diagnóstico y se llega a verle con cierta desconfianza; y en otras, se hace algo peor, no se le retira, pero no se le administran al enfermo sus prescripciones y sí las de algún *curandero,* que ha tenido buen cuidado de exigir, para dispensar el honor de prestar *"sus valiosos servicios",* que no sea despedido el médico, de modo que haya quien certifique la defunción, así como quien asuma la responsabilidad del crimen que él, en unión de la ignorancia de los familiares, comete con el desgraciado enfermo.

Y se necesita además un gran desprendimiento, porque no de otro modo puede haber entusiasmo para trabajar en un medio hostil y del cual solo se ha de obtener como fruto al trabajo, descrédito e ingratitud.

La vida del médico, tanto en la ciudad como en el campo, tiene que estar ajustada a una práctica profesional en la cual no puede relegar al olvido las características básicas de su personalidad, o sea conocimiento de la profesión, sinceridad en su trato, veracidad en sus juicios, prudencia en sus apreciaciones y en el trato con sus pacientes, indulgencia ante la ignorancia, probidad en el cumplimiento de sus obligaciones, integridad en la defensa de la verdad, y por último, valor para sobrellevar con abnegación la hostilidad del medio, resistiendo enhiesto como una encina al vendabal de la influencia o de la pasión desenfrenada de algún cacique rural o mandarín urbano, que trate de utilizarle como agente de venganza o como cómplice en acto criminoso de esos que si no están castigados en los códigos escritos del Derecho Positivo, están penados en el Código de la conciencia escrito por el Autor de todo lo creado, al alentar en el claustro materno la prístina vibración de vida en el instante feliz de la fusión del espermatozoide procreador y el óvulo fecundado en conjunción biológica determinadora de la génesis de un nuevo ser.

La vida del médico en el campo, es una lucha constante contra los procesos morbosos, contra el gérmen de la ignorancia determinado por el alto porcentaje de nuestro analfabetismo, contra la superstición, que debido a la ignorancia, ha logrado hacer general el curanderismo; contra las intrigas políticas que no han respetado el santuario de su sacerdocio, y a veces contra la ira o persecución de algún mal comprimido jefe de administración municipal, que le hace víctima de alguna *alcaldada* destituyéndolo o formulándole cargo, porque no se avino a pactar con algo que repugnó a su conciencia de hombre culto y justo y honrado.

El médico ejerce con mayores ventajas en las ciudades, pues en estas tiene a su alcance y disposición el hospital, dispensario, el servicio de ambulancias, los laboratorios y el cuerpo auxiliar de enfermeras, factores éstos, que si no en su totalidad, de la mayor parte de ellos se adolece en el campo.

Además, en la ciudad el índice cultural es superior al del campo, por lo que el médico tiene en muchas ocasiones la cooperación inteligente del paciente y de los familiares que obedecen sus instrucciones, administran bien las prescripciones y cumplen con precisión el régimen dietético.

Claro está que a simple vista se deduce lógicamente como un corolario de un teorema, que si el médico tiene mayores elementos de investigación en la ciudad, como por ejemplo, laboratorio, hospitales donde poder seguir el curso clínico de un proceso patológico y además personal subalterno competente, es en la ciu-

dad, por tanto, donde realmente puede hacer medicina en el verdadero concepto científico, tomando un proceso para precisar su etiología, patogenizar sobre la misma hasta el establecimiento de un dignóstico hijo de la observación clínica complementada con los exámenes bioquímicos y nó una adivinanza surjida de síntomas mal dados por el paciente y a veces peor interpretados por el médico, carente de tiempo y de elementos necesarios para realizar algún exámen que le guíe a darle el justo valor al síndrome en interpretación o estudio.

Las *aspiraciones del médico* las podemos comprender en la sentencia latina, "salus populi suprema lex", siendo por cumplimiento de esta ley que ha arrancado a la naturaleza los secretos para conservar la salud y retardar la muerte, ya que no le ha sido dable evitarla y ha sido también por ella que la cirujía, con los tres descubrimientos antisepsia, hemostasia y anestesia como vértices de un triángulo que llamaríamos A H A, ha comprendido dentro de su perimetro y estrangulado con su ruidosos y atrevidos éxitos muchos procesos morbosos reputados como letales en los anales de la antigua clínica quirúrgica.

Y en cuanto a la moderna medicina, la revolución que en su campo se está efectuando con los sueros, vacunas y (opoterapia hace que estos estudios constituyan hoy una de las aspiraciones de la clínica médica para luchar) unida a la clínica Quirúrgica, por la salud de la humanidad doliente.

El trabajo del médico aunque constituye su *modus vivendi,* no por eso deja de ser a manera de un sacerdocio, pues si bien es cierto que en pretéritas edades, en los albores de la medicina, en la infancia de los conocimientos médicos, el ejercicio del arte de curar estuvo encomendado a sacerdotes que no recibían compensación por estos servicios, también es cierto que ellos además eran funcionarios oficiales en otros ramos de gobierno, recibiendo como tales buenas remuneraciones, ya que los sacerdotes involucraban en su personalidad una serie de servicios como la de legislador médico, ciencias filosóficas, etc. Ulteriormente el ejercicio de la medicina fué envilecido, practicado por esclavos, hasta que el sol de la verdad disipó el oscurantismo de las conciencias e iluminó la razón, elevándola al alto nivel de la ciencia mas noble y humana, capaz solamente de ser ejercida por aquellos que sabían ante el dolor de una madre o ante el honor de una niña posponer el confort del hogar y exponer lo mas caro que poseemos: la vida.

En tal concepto, la labor del médico no tiene equivalente en el mercado de la vida, no hay valor para dar en cambio de una asistencia que determina el salvar de la muerte a un hijo, no hay remuneración o haber que pague el servicio que al buen nombre de un hogar preste un médico; por eso es que vemos con dolor que este sacerdote del deber tenga que servir como un empleado contratando trabajo en vez de oir a su conciencia que no le ha marcado límite en el cumplimiento de sus deberes, sinó que le demanda abnegación a tal grado que, olvidando su persona y las de su esposa e hijos, en medio de una epidemia o en el campo de batalla, se juegue su vida sin otra recompensa que la del deber cumplido ya que los grandes honores y subvenciones para los herederos son semillas que no parecen florecer y fructificar en la heredad de la noble clase médica.

Y hemos dicho que vemos con dolor que los servicios médicos sean contratados, porque entendemos, razonando con criterio jurídico, que un contrato, según reza el Derecho Natural, no es otra cosa sino "El consentimiento de dos o más personas libres, manifiesto y claro, del cual nace una relación jurídica y como tal exigible", o como decían los juristas romanos "duorum vel plurium in idem placitum consensus". Además el contrato tiene como característica básica el ser obligatorio para las partes contratantes, o en otros términos, la relación jurídica que surje apareja una obligación, *obligatio in personam,* la cual exije la existencia de algún medio coactivo como sanción en caso de incumplimiento, sanción que podrá ser penal o civil, por lo cual, siendo la profesión médica de finalidad tan altruista y humana hasta obligar al médico, no por medios coercitivos de índole penal o civil, que resultan mezquinos y pequeños frente a una honda sanción interna de alta moralidad de propia conciencia, a prestar servicio a cualquier hora del día o de la noche, con o sin remuneración, de acuerdo con la práctica de la caridad, que es uno de los lemas de su sacerdocio o ministerio, es aplebeyar la nobleza de los altos principios de ética profesional en el capítulo de las relaciones del médico con los pacientes, el establecer un límite de tiempo y de salario, como si en la bolsa de los valores materiales, se pudiese dar en cambio a tan nobles servicios una moneda en metálico o papel desprovista de toda utilidad en el mercado del supremo Bien, donde sólo se cotizan nobles y cuasi divinos valores morales.

¡Son demasiado altos estos principios para caer en el campo de los valores de que se ocupa la Economía Política!

Por tanto, el ideal debe ser que cada médico, al prestar su servicio, ya que las necesidades de la vida lo obligan a cobrar para vivir, trabaje libremente cumpliendo con el ministerio que ejerce, sin trabas de contrato alguno, sino celebrando convenio, sin el *jure vinculum* que según el Derecho Romano, es el que le da fuerza de contrato, de modo que tenga independencia y libertad de acción para ejercitar el cumplimiento de sus deberes de acuerdo con el imperativo de su conciencia humanitaria, y con la proverbial generosidad y nobleza de la augusta profesión cuya toga lleva con honor y dignidad.

LA MUNICIPALIDAD ¿COMO ES?

PARA abordar un estudio sobre la municipalidad con vista de los tópicos que anteceden, es decir; para saber qué es, cómo es y cómo vive, forzoso será que empecemos por definirla.

Cualquier diccionario de la lengua castellana nos dice: "Municipalidad"; la reunión de concejales que componen un ayuntamiento y el territorio de su jurisdicción.

Municipio: Conjunto de vecinos de una población representados y gobernados por su ayuntamiento.

El diccionario hispano-americano dice: Municipio: ciudad principal y libre que se gobierna por sus propias leyes y cuyos vecinos podrán gozar de los privilegios de la ciudad de Roma.

Esta última, que podríamos llamar definición histórica, da la idea del origen de la institución. Se refiere a los primeros municipios romanos, que constituyen el primer chispazo de esa noble tendencia del espíritu del hombre hacia su emancipación y hacia la igualdad de derechos ciudadanos.

¿Qué definición podíamos intentar, habida cuenta de las leyes de ahora y de las tendencias económico-políticas del momento histórico? Cabalguemos sobre el lomo de los siglos y veamos lo que nos dice la historia de la civilización grecoromana, que es la historia de la civilización de los pueblos de Europa.

Al decir de los historiadores, es la ciudad luz, cuna del derecho, en un tiempo dueña y señora del mundo, es justamente la Roma de Caton y de Mario la que coloca la primera piedra de la igualdad italiana con la organización de los municipios. Son los tratados insopolíticos las primeras realidades de una aspiración hondamente sentida y por mil conceptos santa. Es el botón que más tarde y a despecho de todas las visicitudes ha de convertirse en rosa fragante: es el forcejeo de una simiente que quiere irrumpir a la vida, pletórica de vigor y prometedora de paz y de amor y de felicidad y que irrumpe gloriosa, porque es eso y además es luz y orientación y es lazo y es todo; es el espíritu de la humanidad evolucionando hacia la meta de su dignificación, que no es otra cosa que la meta de su mejoramiento en todos los órdenes de la vida y que apareja su bienestar y dicha.

Los pueblos antiguos, cuya ocupación favorita era la guerra, incapaces aisladamente de vivir vida republicana estable, pero llevando el noble anhelo en el alma, se reunen, se organizan, establecen sus relaciones de reciprocidad para la paz y para la guerra y así, al dar concepto y forma definitiva a la nación aseguran su personalidad para el goce de la libertad y del derecho dentro de la municipalidad.

Roma organiza las primeras municipalidades y da la pauta al mundo. No ha de preocuparnos, en este estudio, la forma y los defectos de las primeras organizaciones municipales. Nos basta señalar la fuente, el primer triunfo de la democracia que proclama y difunde y mantiene la igualdad de derechos entre los hombres.

Uno de los pueblos más grandes en la historia es el pueblo español. El recoge de Roma el cetro del dominio del mundo y cumple la misión providencial de esparcir en líneas divergentes la embrionaria civilización que recibe más tarde el empuje definitivo con el descubrimiento de América. Es justamente con la dominación goda que el despotismo sufre su más serio descalabro. El ordenamiento de León implica la cristalización salvado-

ra: los pueblos van poniéndose de pie unos tras otros y al erguirse todos, conscientes de su misión, conscientes de su dignidad y sedientos de justicia, echan las raíces del sistema parlamentario moderno en su justa y sabia forma representativas, mantenido con el sacrificio del oro y de la sangre por los pueblos del mundo.

El momento histórico que señala la transición entre las prácticas medioevales y la consolidación y reconocimiento de la autonomía de los municipios, es aquel en que la Curia rinde plaza a los Concejos y queda de este modo iniciada y en franco curso la corriente salvadora de ideas de libertad que asegura el triunfo de la democracia. Dice Castelar: "el municipio es y ha sido y será siempre el hogar del pueblo, el árbol secular a cuya sombra han de abrazarse la democracia y la libertad sobre el suelo de la nueva Europa". No se puede decir más en tan corto número de palabras, de modo tan completo, abarcando el concepto en toda su grandeza.

Hemos de ir un tanto de prisa; si nos detenemos, este trabajo se hará demasiado largo y por consecuencia impropio de los fines que perseguimos.

El concepto de la municipalidad es algo muy grande, tan grande, que hay en el fondo de nuestro cerebro una honda contrariedad, que determina el propósito y la firmeza de ser sintéticos. El deseo de ser amplios, de analizar frente a la necesidad de ser concisos nos contraría positivamente. La historia de los municipios para los pueblos hijos de la libertad es, la historia de sus torturas, de sus alegrías, es la historia de su evolución en lucha perenne. Por eso hay material para escribir largas cuartillas.

Nuestro pueblo, que es amante por temperamento de la libertad, temperamento que heredó de sus abuelos, se dió bien pronto cuenta, en el ayer cercano de su historia, de que la libertad, que es inmanente en la personalidad pensante, al tomar formas reales tiene necesariamente que cimentarse en dos puntos o ejes principales de la organización social: estos dos puntos son, el municipio y el estado. Es sujeto y objeto a la vez el hombre.

El amor a la tierra en que se nace, nos lleva a pelear por su libertad. El hogar es el *Sancta Sanctorum* de donde dimanan todos los quereres, todos los amores, todos los nobles anhelos. El hombre ama a su hogar, a su familia y más allá de su hogar, ama a la región, la provincia, ama a los semejantes que viven bajo el mismo cielo y hablan el mismo idioma y tienen idénticas aspiraciones y sufren y se alegran por los mismos motivos.

Al orientar y organizar nuestros quereres y nuestros amores y nuestras ambiciones, es la municipalidad la que establece el lazo de unión entre el estado y el ciudadano.

¿Cómo mantener el equilibrio? Cómo hacer, para que cada entidad se mueva y actúe, teniendo por norte la felicidad de todos? Cómo mantener en vigor la fisiológica y social ley de las justas compensaciones? ¿Cómo asegurar que el todo devuelva en alguna forma, justa y honradamente a la parte, lo que proporcionalmente da la parte al todo? ¿Cómo cristalizar en hechos tangibles las nobles aspiraciones?

Estamos estudiando un problema social, el de la beneficencia pública: Su organización compete al municipio: Abandonamos el propósito de dar una definición nuestra de la municipalidad. Sin definir, analicemos. ¿Cuáles son los factores que determinan la existencia de nuestras municipalidades? Son los mismos de todos los tiempos: hay uno fundamental, generatriz, el pueblo. El pueblo en su totali-

dad no puede gobernar, ni organizar ni legislar. ¿Qué hace pues? Delega sus poderes en un grupo de hombres que han de ser de la comunidad municipal, deben ser de la familia municipal. El pueblo da amplios poderes y aporta los recursos para que se le asegure vida ciudadana tranquila que garantice su bienestar, defienda sus derechos; autoriza para que se legisle en materia de ornato, de higiene, de policía, de instrucción. El pueblo ni regatea poderes, ni escatima recursos materiales, salvo aquellos contados casos en que el egoismo asoma su faz repugnante.

De este modo quedan constituídos dos grupos: el de los que gobiernan y èl de los gobernados. El incumplimiento de deberes por parte de los primeros debiera aparejar su destitución inmediata; la rebeldía para acatar las reglas de gobierno la descualificación para elegir. Si tuviéramos oportunidad para recordar aquí las distintas formas de gobierno municipal, desde los tiempos primeros hasta la fecha, habíamos de ver los cambios radicales operados y tal vez si perplejos quedaríamos, vacilando por no llegar a la conclusión dolorosa, de que si las primeras municipalidades se organizaron al calor de necesidades del espíritu noblemente orientadas, a la época presente el andamiaje de la vida municipal ha perdido en gran parte sus características esenciales, aquellas con que vinieron a la vida y que tanto honor hacen a sus fundadores.

La civilización y el progreso han creado nuevas necesidades, cada vez crecientes; las nuevas necesidades han engendrado el egoismo en sus formas más groseras, la ambición sin freno, la relajación moral en sus tonos más alarmantes.

Nuestra pluma corre hacia terrenos a los que no deseamos llegar; la sofrenaremos hasta donde nos sea posible, sin que dañe la claridad de los conceptos y de las ideas.

Pues que de las municipalidades modernas tenemos que ocuparnos, solo servirán las ideas generales para llevarnos al estudio de nuestros municipios, los de nuestra tierra, válganos Dios en este momento, porque nos sentimos muy pequeños para labor de tal magnitud.

Los medios con que cuentan nuestras municipalidades, para su buena marcha, y desenvolvimiento en su vida político-administrativa, son de dos órdenes: los primeros y más importantes se refieren a la moral y a la educación; los segundos son los recursos materiales; ambos grupos residen en el pueblo, que es la fuente. La municipalidad es a la familia, lo que la familia es al individuo. El todo es una cadena en la que no puede faltar un solo eslabón. ¿Qué son nuestros municipios, cómo son, y cómo viven? Este es el problema. Siendo como son, y viviendo como viven, ¿responden a los principios que les dieron vida? ¿Actúan de acuerdo con los medios que tienen a su alcance? En otras palabras, ¿a qué altura de relaciones andan de ideología y los hechos? El sujeto, que es el individuo, ¿está satisfecho de su creación? ¿Responde el mandatario a los fines que determinaron el mandato?

Trataremos de contestar estas preguntas, desde el punto principal de la beneficencia pública, que es el que nos ocupa en este memorial.

Dejamos sentada la conclusión de que los recursos morales y los recursos materiales han de ser como dos líneas paralelas, por sobre las cuales debe caminar sin dificultades la maquinaria político-administrativa municipal, en un pueblo bien constituido.

Nos parece oportuno en este momento decir, que la evolución y el progreso de los pueblos han hecho de nuestras munici-

palidades una entidad algo distinta de lo que fueron en el pasado remoto. En efecto, las conquistas de la industria y del comercio, de las artes y de las ciencias, acortando las distancias, mejorando las condiciones de vida, regulando el trabajo, manteniendo la igualdad de oportunidades, humanizando, si me permitís la frase, los medios coercitivos, civilizando, en una palabra, han hecho de nuestras municipalidades una entidad colectiva que podríamos, tal vez, definir ya. Sin salir de nuestra isla y teniendo en cuenta las prácticas de gobierno americano, una municipalidad es, una ciudad que se desenvuelve bajo regulaciones superiores, establecidas y autorizadas por el Estado a cuyo territorio pertenece, formando parte de él; ella elije sus propios directores administrativos, pero siempre con una mayor o menor supervisión que ejerce el estado sobre los negocios municipales.

El principio de gobierno propio o autonomía municipal, aparecerá tanto más puro, cuanto más suave y aceptable sean en justicia la supervisión y autoridad ejercida por el estado. De este modo, la vida política de una municipalidad, sin perder sus características esenciales, viene a formar parte muy principal, es más, fundamental, de un organismo de gobierno más grande, que es el estado.

En la marcha ascensional hacia las cumbres, hay momentos de vacilación, de estacionamiento y los hay de retroceso. Solo el pensamiento, más rápido que la luz, se eleva en línea recta.

Los pueblos en su progreso, en ocasiones abandonan la recta para tomar el rodeo. Son muchos los factores que pueden entorpecer su marcha hacia la consecución de los grandes ideales. La fuerza inicial no se pierde nunca y el carro del progreso avanza, o retrocede, o vacila, pero no se detiene.

Los pueblos antiguos se preocuparon de sacudir la esclavitud política a que los vencedores sometían a los vencidos. La máxima preocupación de los pueblos ahora, es romper las trabas que se oponen a su bienestar material. La gran guerra no tuvo otra génesis que la ambición en acecho, que solo esperaba un pretexto para lanzar unos pueblos contra otros en espantosa conflagración, que dejó en los campos de batalla la florida y prometedora juventud de los pueblos de Europa, determinando una crisis de hambre y de mentalidades, cuya consecuencia bien notoria es un retroceso en el camino andado, en el orden no ya material, sino en el orden de la libertad y del derecho.

Aquella "anhelosa inquietud renovadora que agita la conciencia de la humanidad" de que nos habla José Ingenieros, lejos de ser prometedora de mejoramiento, es a nuestro juicio peligrosísima, si tras el loco sacudimiento que conmueva y derrumbe lo existente, un gran espíritu de amor y de confraternidad no preside la reconstrucción del edificio social.

Antes de pasar adelante y como una profesión de fé, queremos dejar consignado, que estamos muy en desacuerdo con las doctrinas sustentadas por el ilustrísimo escritor argentino, más que escritor gran pensador y filósofo, cuando estudia e interpreta la génesis y resultados de la gran revolución rusa.

Retrotrayéndonos a las preguntas que dejamos formuladas diremos, que nuestros municipios no responden a los principios que les dieron vida; no actúan de acuerdo con los medios que tienen a su alcance; que hay un abismo entre la ideología y los hechos. El sujeto que es el individuo, no puede estar satisfecho de su creación y por último, que el mandatario no responde a los fines que se propuso el mandante, porque viola con dema-

siada frecuencia los términos del mandato.

Nuestras municipalidades reflejan fatalmente la condición general de nuestro pueblo: nuestro pueblo no ejercita su soberanía, porque a la hora presente no es más que un pueblo pequeño sojuzgado por un pueblo grande.

Nuestras municipalidades tuvieron en el pasado una escuela fatal. Los alcaldes de oficio ejercían funciones dictatoriales. La escuela del servilismo tenía abiertas de par en par las puertas. Es, pues, el pasado de nuestros municipios, sombrío, triste. Las influencias funestas del pasado no las hemos sacudido todavía. Es ley biológica que se cumple en lo social.

En el individuo, las condiciones de vida, las vicisitudes en la lucha, el factor climatológico, la miseria o la abundancia, la paz o la guerra, imprimen un sello especial a la personalidad física, espiritual y moral, cuyas características se trasmiten de una a otras generaciones. Los vicios abaten la robustez y las virtudes levantan el tipo fisiológico. Los alcohólicos, los sifilíticos, los mal alimentados, los agotados por el exceso de trabajo, preparan la levadura que en la sucesión del tiempo produce el tipo anormal, que está destinado a nutrir las filas de las penitenciarías y las salas de los manicomios. Es que se cumplen las leyes de herencia, bien estudiadas hoy por la fisiología, la psicología y la patología. Leyes fatales que estigmatizan al progenitor y estigmatizan a la prole.

Pues bien; en el organismo municipal, viejo, como vieja es la historia de la civilización, también se cumplen estas leyes fatales. No puede ser de otro modo, nuestros municipios arrastran en su desenvolvimiento y desarrollo la tara histórica. Nuestro pueblo pequeño y pobre para los hijos de la tierra pero fecundo, ubérrimo para los demás, nuestro pueblo, repito, marcha lentamente en el camino de su prosperidad moral y material porque en él, va arrastrando el pesado fardo de su tara histórica. En la hora presente, en la que el pueblo forcejea con noble empeño para ejercer al maximum su soberanía, hay obstáculos que desaniman a los espíritus más esforzados y hacen ceder prontamente a los débiles. En este sentido somos un pueblo desdichado.

Analicemos nuestro individuo. Hemos hablado de la tara histórica en relación con la entidad municipal; veamos ahora la tara hereditaria con relación al individuo.

En este punto, nuestra pluma vacila, porque la emoción entorpece la libre y ordenada exposición de ideas. Nuestro pueblo está en plena bancarrota moral y física: somos un pueblo triste, somos un pueblo abúlico, el ictus que nos galvaniza y pone en pié en los momentos decisivos, como un destello de la dignidad individual y colectiva, es casi siempre fugaz y así dejamos que los extraños hagan lo que sólo a nosotros incumbe hacer. Es que somos un pueblo enfermo. Ahora bien; los obstáculos son los que organizan la acción. Pero es que solamente los pueblos bien organizados, con mente sana y brazo robusto son capaces de arrollar cuanto se les opone en el camino de su engrandecimiento. El individuo abúlico es aquel que sale de su casa al amanecer de Dios, con la intención de cumplir sus deberes diarios, que a la vuelta de la esquina es solicitado por cualquier hecho sin importancia que lo aparta fácilmente del camino a seguir y que tras unas cuantas vacilaciones encuentra en su espíritu enfermo pronta justificación para el incumplimiento de sus deberes. Así los pueblos abúlicos marchan al vaivén de las circunstancias sin orientación y sin rumbo fijo,

como esos barquichuelos de papel, que de niños hemos visto arrastrados por el torrente en los días de grandes lluvias.

La voluntad bien cultivada es la que da individuos conscientes. Pueblos sin voluntad son pueblos irremisiblemente perdidos.

De arriba a abajo nuestro conglomerado social se estractifica en la forma siguiente. En lo alto, los mimados de la fortuna, los que tras noble esfuerzo acumularon grandes capitales; son los menos; al lado de ellos, los que subieron a saltos sorprendentes y viven vida confortable y dulce: entre estos y las clases trabajadoras, la noble clase media, agitándose en una vida de bienestar, solo soñada, apurando calladamente todas las amarguras imaginables; diluidos aquí y allá, los listos, los que viven plácidamente sin mayores torturas espirituales y en último término la gran masa trabajadora, la gran columna vertebral del organismo en estudio y que por su importancia merece capítulo aparte.

* * *

Ya hemos dicho que nuestro pueblo tiene taras hereditarias que entorpecen su marcha triunfal. Hemos de añadir a esto circunstancias extrínsecas que también lo perturban y entorpecen; tenemos un enemigo formidable: el clima. Este sol tan cantado por los líricos y esta monotonía estacional que aburre y desespera hacen inútiles casi siempre nuestras mejores iniciativas. El clima con la tara hereditaria, frente a la despreocupación de los que tenían el deber y nada hicieron por mejorar las condiciones de nuestras clases trabajadoras, da por resultado un tipo de delineamientos bien claros, no solamente en nuestros trabajadores de los campos, si que también en los obreros de las ciudades. Ellos constituyen la gran mayoría de nuestra población, mayoría inútil a los fines de un gobierno a base democrática.

Los que por nuestra profesión hemos estado frecuentemente en contacto con el pueblo que trabaja y que padece sed de justicia, los que hemos visto de cerca la miseria de la choza campesina y hemos constatado la debilidad de esos organismos enfermos y bajo nuestros dedos hemos sentido latir la arteria agonizante; los que hemos recogido en el tambor del estetóscopio el soplo patológico de un corazón que redobla sus esfuerzos para empujar la sangre anemiada, (sangre sin sangre), esfuerzo que le conduce a la fatiga y a la astenia; los que hemos comprobado a diario la emaciación en el rostro de hombres, que más que seres libres parecen esclavos, cargando los pesados útiles de labranza, en ocasiones haciendo un esfuerzo angustioso y supremo; los que hemos visto el bailoteo de las carótidas en nuestros campesinos uncinariásicos; los que hemos comprobado por nuestros propios ojos, esa falange de labriegos enfermos que se abrasan bajo el sol tropical, extenuados por la inadecuada alimentación y amenazados por la tuberculosis; los que por ministerio de nuestra profesión nos hemos confrontado a diario con las necesidades y miserias de nuestras clases trabajadoras, lo mismo en el campo que en la ciudad, nosotros los médicos, sabemos de memoria cuales son las causas de las desdichas de nuestro pueblo, de este pueblo que no ha sentido ni siente la alegría del vivir.

Ah señores, nuestro pueblo vió primero, con espanto, el arribo a sus playas serenas de pueblos extraños en son de guerra y de conquista. Vió más tarde la esclavitud racial, luego la esclavitud política y en la actualidad la esclavitud económica.

Si la unidad está enferma, la colectividad llevará en su seno el germen fatal que ha de aniquilar su propia existencia. Debilitado y así preparado el medio, se cumplen en él las leyes de la simbiosis de los seres organizados vivos: con ligeras variantes en lo social. En los organismos vivos, la simbiosis establece en ocasiones, mutuo intercambio de elementos necesarios a la vida; en lo social la simbiosis se convierte en parasitismo en donde el huesped alimenta hasta extenuarse, con tanta mayor facilidad, cuanto mayor sea su vulnerabilidad. Los elementos parasitantes baten sus alas en todas las latitudes y al orientarse enfocan y van en línea recta hacia la caza fácil. Aquí se cumple también una ley fisiopatológica: el "locus minore resistentia" de los viejos maestros de la medicina. En patología, las enfermedades hacen más daño en los puntos de menor resistencia; hasta en las leyes marciales es patente el principio. Los grandes generales ponen el mayor interés en localizar los puntos más débiles para atacar con las mayores probalidades de éxito.

¿Cómo triunfar en la lucha?

Hoy se inicia una campaña que pudiera ser salvadora. Los trabajos de bienestar social, que no son otra cosa esencialmente más que trabajos de beneficencia, con orientaciones sanitarias si se impulsan, si se disponen los recursos necesarios y si se ilustra bien al pueblo, sacudiendo su letal indiferencia hacia estos problemas tan trascendentales para su existencia, habrían de levantar su espíritu para la lucha y cambiar por arrogancia lo que hoy solo es abandono casi criminal. Los trabajos de bienestar social deben impulsarse y desarrollarse hasta el maximum.

La ley del seguro de salud obligatorio, obligaría, como su título indica, al mutualismo y a la cooperación.

La creación de hospitales y dispensarios son medidas imperativamente necesarias.

Y así, cuando tengamos cuerpos sanos, será fácil la tarea de tener mentes también sanas.

La beneficencia que en nuestro país tiene características especiales, no ha sido debidamente estudiada todavía. Al hacer dicho estudio quitémosle todo aspecto de caridad o de limosna y hagamos de modo que los beneficios de una campaña en pro del mejoramiento de nuestras clases necesitadas lleguen a ellas con toda dignidad, pues es la única forma de garantizar su eficacia.

Hemos visto cuales son los antecedentes que encontramos en la historia de la gran masa que integra la mayoría. Sobre ella es que recaen las grandes responsabilidades. Bendito Dios, ¿cómo exigir responsabilidades a un pueblo así, tan desdichado?

Señores, no hay necesidad de ahondar más con el escalpelo de la crítica para probar la alta trascendencia que tiene el asunto de que nos venimos ocupando.

En este estudio que venimos haciendo sobre la beneficencia pública hemos tenido el cuidado de referirnos a entidades sociales de caracteres bien definidos.

El indigente, que en nuestro país debe ser objeto de un detenido estudio, aparece en primer lugar. Conocemos algunos estudios hechos por hombres que se preocupan por el bienestar de nuestros campesinos; aunque no se profundiza en el estudio de la indigencia, ellos merecen nuestro aplauso.

En segundo lugar nos ocupamos de la personalidad del médico. Al hablar del médico nos olvidamos que somos médicos. Si procuramos hacer resaltar su

misión y sus características no nos ha guiado el espíritu de clase ni una pueril tendencia de vanidad. No, socialmente todas las entidades que actúan para mantener el equilibrio y el bienestar tienen nuestros mayores respetos, porque todas son absolutamente necesarias, y si hacemos resaltar la personalidad del médico es porque ella juega un papel decisivo en una cuestión de tan alta trascendencia como es la de la salud del pueblo.

En tercer término analizamos la constitución de nuestros municipios y en este sentido hemos hecho afirmaciones categóricas cuya justicia, cualquier cerebro, medianamente cultivado, encontrará sin grandes dificultades.

Pongamos frente a frente a los dos grupos que hemos delineado, es decir, al de los gobernantes y al de los gobernados y veremos enseguida hechos muy dignos de tenerse en cuenta, que deben ser objeto de estudio y de corrcción. Nuestro pueblo, que se enardece fácilmente, pelea bravamente durante las contiendas electorales; en este sentido llega hasta la exageración, hasta la exaltación. Pasada la lucha asume una actitud de suma indiferencia; parece que nada le importa lo porvenir. Diríase que el pueblo vuelve a sus cuarteles sin darse cuenta de sus responsabilidades y con el deseo y propósito de no pedir a nadie cuentas de nada.

Una prueba de la afirmación que dejamos anteriormente establecida es la siguiente: según la ley, el estimado de gastos de cada ejercicio económico que ha de constituir lo que llamamos presupuesto, debe fijarse y realmente se fija al público durante diez días. ¿Que hace el soberano?, nada. En los archivos de nuestras secretarías municipales tal vez se encuentre alguna que otra objeción que a lo más tiende a defender intereses personales. Podríamos citar ejemplos múltiples.

La tendencia de este trabajo que no es otra que la de señalar las deficiencias existentes en el servicio de la beneficencia pública, nos obliga a señalar los errores con toda valentía.

Nuestros gobiernos municipales no dan a la beneficencia la atención necesaria; podrían apropiar mayor cantidad de dinero que el que actualmente asignan para este servicio. Desde un punto de vista puramente científico trataremos más adelante de probar estas afirmaciones.



COMO ENTIENDE

LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO QUE DEBEN DEFINIRSE LAS RELACIONES ENTRE LOS MEDICOS DE LA ASISTENCIA PUBLICA Y LAS AUTORIDADES MUNICIPALES, EN BENEFICIO DE LAS CLASES INDIGENTES

EL médico de beneficencia o de la asistencia pública, en los pueblos de la Isla, está destinado de modo especial a atender en sus dolencias físicas a los menesterosos, a los indigentes, a los desvalidos, a los que viven de la caridad pública. Su trabajo, el fin principal de su compromiso público, debe ser ordenado para asistir el mayor número del mejor modo, entre los vecinos de todas las edades y en todas las enfermedades, cualquiera que sea su residencia, que tengan derecho, porque así lo reconozca y otorgue la colectividad, a los cuidados del médico.

En ese sentido, lo mismo en las localidades pequeñas que en las grandes o populosas, el médico de beneficencia es el médico de los pobres, y, como contraposición, para fijar ideas, no es el de las personas pudientes, vulgarmente llamadas ricas.

Y aquí se ofrece la primera dificultad para delimitar, para fijar las obligaciones del "médico de los pobres", y para llenar debidamente tales obligaciones.

¿Quiénes son los pobres?

Generalmente se llama, se reputa como pobre, al individuo que no puede pagar buenamente los servicios de un médico, aún reducida la remuneración a un tipo módico. Y en un país como el nuestro, país en que no hay ricos, todo el mundo resulta, para el médico, "pobre".

El padrón o registro de "pobres", en las localidades, en aquellas muy contadas en que existe el documento llamado así, es un padrón negativo. Los que están en él, lo son, sin lugar a discusiones; mas como no están en él todos los que son, es constante el movimiento de *entrada* de nuevos nombres de tal modo que, como indicamos antes, el registro no registra sino aquellos nombres que la autoridad municipal ingresa en el en cada ocasión, que es, precisamente, aquella en que un vecino, residente o transeunte, requiere, por la alteración de la salud, los cuidados profesionales del médico de la asistencia pública.

De este modo, si no es un modo equivocado, debemos declarar y declaramos sin temor de ser corregidos que no existe el padrón o registro de "pobres"; que no hay clasificación posible alguna, en ninguna localidad de Puerto Rico; que el hecho o base del contrato de servicio es ilusorio entre lo que el médico se compromete a dar y lo que efectivamente recibe, como compensación de trabajo, y no es posible establecer una relación de equidad, garantía de acierto, sancionada por la justicia.

El médico de pobres es una entidad social necesaria en todas las ciudades, en todos los pueblos, y, singularmente, en las localidades de corto vecindario.

Tiende el médico a vivir en las grandes poblaciones no solamente porque en ellas el aliciente por la prosperidad material es mayor y atractivo, sinó porque ofrecen ancho márgen para la lucha tras la gloria personal, mejor marco a la investigación científica, escenario repleto de oportunidades para la especialización

profesional, que resulta casi, imposible en las localidades reducidas. Al propio tiempo obtiene las innegables ventajas del intercambio de ideas que facilita la concurrencia profesional con el aliento de la lectura y la experiencia. Esto aparte de las satisfacciones que al espíritu formidable del médico ofrenda la vida en una atmósfera intelectual que nutre, vigoriza y guía al perfeccionamiento indefinido.

El médico huye, instintivamente, de las localidades pequeñas, que si no són, en absoluto, de escaso rendimiento económico, sí lo son en cuanto al campo de observación aprovechable. Cuando acepta, lo hace apesar de la pesantez de sus condiciones onerosas para la vida mental, para las labores físicas, estenuantes, y la renumeración breve; acepta por razones de edad, de iniciación en el trabajo del sagrado ministerio, por motivos especiales personales, siempre con la esperanza azul de un cambio favorable a sus ensueños.

Es que, por lo general, no hay aliciente, atractivo para el médico de pobres en las localidades de corto vecindario.

Tampoco la hay en las ciudades populosas, por lo que hace al radio que le marca a su acción profesional el compromiso administrativo.

En ambos casos, lo mismo en la ciudad que en el pueblo, siquiera con las variantes o diferencias que quedan esbozadas, el médico de pobres no puede sentir inclinación a servir el cargo con entera vocación por la desigualdad manifiesta existente, de todos los modos en que se aprecie y considere la cuestión, entre lo que da y lo que recibe. Da lo que no puede ser pagado; y, recibe, lo que no es lejanamente proporcional a lo que da.

Desde luego, pues, que a la ciudad acude mejor que al pueblo, entre otros fines nobles, en solicitud de remuneración material, que aparte de las tendencias morales, fué norte para sus afanes al formular petición de conocimientos al ejercicio de la voluntad educada, que se llama inteligencia, estudio, preparación.

Esto por lo que hace a la parte menor o parte individual, al médico, que escudriña, pesa, mide compara, consulta, idea, razona, elabora un juicio en busca de la salud para el enfermo y en busca, naturalmente, de la remuneración por su trabajo, pues ha de atender a la conservación; la suya y de los suyos, que es ley de vida.

En cuanto a la colectividad, a la asociación comunal, en las localidades menores, son los pobres los interesados directamente en que "haya médico" en el pueblo, como protección para la salud propia y de sus hijuelos, deudos y dependientes, sino que, clara, abierta, paladinamente son los ricos, en rigor de verdad la población más egoista, más temerosa de perder la salud y de no recobrarla una véz perdida, la más exigente en que resida un "médico de pobres", en la localidad. Tan evidente es la apreciación egoista de este hecho público, que a nuestro sentir llegó muchas veces la noción de que el "médico de los pobres" vá a los pueblos llamado por los ricos, por un acto de protección singular de clase.

En este sentido, aunque sea atrevido confesarlo, creemos que el "médico de pobres", vive en los pueblos, vive "sufriendo" y "muriendo", adversamente a su voluntad y propósito, para servir a los ricos, antes que a los "pobres."

* * *

La organización del trabajo común del médico en las poblaciones de recursos cortos y vecindario breve; allí donde los

vecinos habitan en la porción urbanizada en un quince por ciento de la población total y el resto en la parte rural, distribuida caprichosamente en las accidentaciones del terreno, en lo alto de las lomas, cerca de las corrientes de agua, ha de ser forzosamente, difícil, deficiente, casi imposible.

La distribución de las horas de trabajo rompe el insocronísmo con frecuencia tanta y por motivos tan varios que resulta útil solamente en una parte menor del tiempo en cada semana y en cada mes.

Y es claro que si en la regularidad descansa la ventaja para una población dispersa como la nuestra, la irregularidad destruye la eficacia, y es semillero de incidentes, de quejas naturales del necesitado, que el triste tiene siempre razón, de argumentaciones enfadosas, que hallan término, *siempre,* en la formulación de un cargo en contra del deber incumplido del médico.

* * *

¿Cuál es el deber?

El deber reside, no por recogido o inscrito en el papel del compromiso administrativo, como el de cualquier *empleado,* más o menos adocenado y mecánico, mejor que solo y exclusivamente, pensando con nobleza, hidalgamente, sin vulgaridades inaceptables, en la conciencia del médico, allí donde se alberga inalcanzable para los cortos de vista, allí donde siente dolores, enojos, desesperaciones, allí donde percibe el incienso de las propias e internas satisfacciones.

El médico, sacerdote del culto en la religión del deber, deber de aliviar al doliente, de consolar al triste, llena la función caritativa sin preguntar como se llama, si es un poderoso o un desvalido, que para él todos pertenecen a la última clase. El médico ni tasa honorarios ni recibe órdenes, no da lugar a conceder o negar, sinó que, si alcanzó un conocimiento o una habilidad que no poseen los demás, pertenece a los demás antes que a él, como si tales bienes fueran bienes mostrencos o comunales. De tal modo es esto verdad que si su egoismo los retuviera a su exclusivo servicio, si no los prestara con abierta generosidad, cometería el delito moral de denegación de auxilio, que es cercano, vecino o emparentado con el despojo ilegal o estafa.

El médico "de pobres", es piedra fina montada al aire. Algo que es visible para todos, cuando todos son invisibles para él. El médico "de pobres", cuando no acuda y *no pueda,* que es la regla, atender a todo el mundo, ha de ver ante él por la lente de su resistencia mental y física, una multitud de cabezas con un par de ojos cada una, que le enfilan la mirada, expresiva del mismo sentimiento y solicitud de urgencia, que es fama que el egoismo hace siempre graves las dolencias para el que sufre. Sus brazos largos, muy largos, se levantan al cielo y se mueven implorando favor, dejando que escape por la boca una imprecación que envuelve censura o protesta contra el espíritu de beneficencia del "médico de pobres", mejor que en contra de la imposibilidad de realizar los deberes contraidos con la administración.

El médico vé a todos confundidos en una masa informe y no vé a ninguno. Todos le ven a él siempre, cuando le necesitan, y ninguno le vé cuando no es necesario, sino de cuando en cuando.

Si estas observaciones nacieron en el campo de la realidad; si son ciertas, como sorprendidas en la relación del "médico de pobres" con la sociedad actual, en los distintos aspectos de la vida ordinaria; si ellas no llevan el carácter de defensa del médico que no cumple con sus

deberes profesionales, porque *no quiere,* y no porque no *puede,* hay razón para que se dé por establecido, que es de solución imposible el problema de dinámica social de que puedan conformarse con los intereses mentales, morales y materiales del médico los que se establecen en un pliego de papel, como remunerados, a título de paga reducida, cuando no mutilada o ficticia nunca armónica, ponderada con los servicios comunales dei facultativo popular.

Por todo lo expuesto, bien considerado en forma y fondo el problema se deduce que no puede haber justicia, por falta de equidad y correspondencia entre el valor de los servicios intercambiados en un contrato de médico y municipalidad, porque la parte menor, el médico, resulta sobrecargado en obligaciones que no puede humanamente cumplir.

No hay otra solución que la de obtener del "Médico de pobres" que acepte la obligación de prestar sus servicios profesionales a la clase desvalida de la población, en la forma y modo que mejor se compadezca con su complexión moral, dentro de la *costumbre,* por cuyo servicio ha de percibir una cantidad indemnizadora por todo el término de tiempo que se estipule.

Entrando, ahora, en la apreciación del mejor modo de atender en sus dolencias a la clase pobre, la experiencia recomienda tres procedimientos que no se excluyen ni entorpecen o dificultan.

Son la asistencia en el dispensario, la asistencia en el domicilio y la asistencia en la clínica u hospital.

El dispensario o consultorio ofrece la oportunidad de que el enfermo sea examinado de manera completa y eficaz, sin prisas o angustias de tiempo y con los medios o recursos auxiliares necesarios para que el facultativo estudie a conciencia *su caso* y formule un diagnóstico, siquiera sea provisional, que le guía a establecer un tratamiento adecuado. El examen hecho en el dispensario es superior a cualquier otro practicado en otras condiciones que no sean las de la clínica u hospital.

Claro es que el instituto no permite la asistencia de enfermos incapacitados de movimiento, y por tanto, impedidos de acudir al dispensario, y en este sentido o por estas razones no puede ser tenido sinó como preparación o auxiliar de la asistencia de hospital.

La asistencia a domicilio es deficiente, siempre, engañosa muchas veces, y peligrosa en no pocas oportunidades. Huyendo de acudir a razonamientos de detalle, formulamos que es la manera de que la familia crea que su deudo recibe todo el auxilio de que la ciencia dispone; al paciente, que está rodeado de la protección necesaria para combatir el mal que le inhabilita, y, al propio médico que, confiando en las resistencias naturales del enfermo, ha logrado vencer a un enemigo contra viento y marea.

El domicilio, por regla general, es el sitio peor que un enfermo puede escoger para restablecer el equqilibrio roto por la enfermedad. Todo en él conspira contra su salud, aún la familia con sus parientes lejanos, criados, amigos de la intimidad, ascendientes y descendientes, cada uno de los cuales pone de su parte todo lo que es preciso para dificultar la curación. Si a los efectos se une la carencia de medios de higiene y asistencia, corre peligro de fracaso.

El trabajo a domicilio del "médico de pobres", apreciado en términos de una gran generalización es deficiente y es ineficáz. Resulta así en la casa de pueblo, en la casa de la ciudad; resulta peor en la casa de campo, en la casa rural. Es

un hecho conocido, vulgar, que el crédito profesional del médico está siempre amenazado por la impericia, la deficiencia, de los medios rudimentarios de asistencia de un enfermo, entre los cuales entran por mucho la ignorancia, las preocupaciones y el charlatanismo.

Cuando esos medios, medios peligrosos, concurren en la acción, se agrava la situación y con el crédito del médico es arrastrada la salud y la vida del enfermo.

La asistencia auxiliar del enfermo, cuando el médico no puede hacer las cosas personalmente, es el todo en el tratamiento de la enfermedad y *ese todo* está ausente, casi siempre en la casa del enfermo, sea acomodado, sea pudiente, sea pobre o miserable, del mismo modo, aunque sea con varia modalidad.

El procedimiento único, efectivo, es el tratamiento de Clínica, u Hospital. La atención del enfermo en su domicilio no puede tener, en rigor, otro carácter, en el terreno de la verdad, que el de auxilio perentorio o de urgencia.

* * *

Deberá huirse, pues, de todo procedimiento que estatúya como ordinaria la asistencia médica a domicilio a no ser en las condiciones dichas, con la tendencia a abolirlo, poco a poco, lentamente, para no chocar de modo abierto con la forma tradicional del ejercicio de la caridad, hasta que entre en la costumbre y se acepte de buen grado que el enfermo necesita del hospital, lo mismo el vecino rico o pudiente, porque puede, que el vecino humilde o necesitado porque no puede.

El Médico de Pobres necesita del dispensario y necesita del hospital, como elementos primarios en el cumplimiento de sus obligaciones profesionales.

* * *

Hechas las observaciones que anteceden, la Asociación Médica de Puerto Rico, apropósito del establecimiento legal de obligaciones mútuas entre el Médico de Pobres y la Representación del Municipio, Declara:

1º—El "Médico de Pobres", en Puerto Rico, no debe ser, no puede ser, no es un "empleado público", en el concepto administrativo de la palabra.

2º—El "Médico de Pobres", es un funcionario público que llena una misión de beneficencia y percibe un estipendio de la municipalidad como indemnización personal de su labor.

3º—No cabe, ni procede la fijación de obligaciones mutuas entre el "Médico de Pobres" y la municipalidad, como no sea en términos tan amplios, susceptibles de cambios constantes, imposibles de precisar como elementos reguladores de un contrato de servicios.

4º—El "Médico de Pobres" *contrae* la obligación formal de prestar sus servicios profesionales a los indigentes de una localidad y su representación oficial le recompensa su trabajo con una cantidad de dinero.

5º—La asistencia médica domiciliaria, excepto en los casos de urgencia o perentorios, es ineficáz, anticientífica y contraria al fin que la comunidad persigue, por lo cual, se condena.

6º—No hay remuneración en metálico que compense el trabajo del "Médico de Pobres", regulado por las determinaciones de la conciencia profesional.

San Juan, P. R., marzo 31, 1925.

MORTALIDAD INFANTIL EN PUERTO RICO

Por el Dr. A. Fernós Isern, Sub-Comisionado de Sanidad.

A la memoria del Dr. E. Font y Guillot.

LA fragilidad de la vida humana en los primeros años de vida es objeto de preferente atención de médicos, sociólogos y hombres de Estado en todos los países civilizados del mundo.

El futuro de los pueblos, la fortaleza de las generaciones sucesoras de las que hoy viven sus años de juventud o madurez, depende en gran parte de las condiciones en que comiencen la penosa ascensión de la Vida los que hoy vienen a ella.

Puerto Rico no es excepción a la regla general antes enunciada. Eminentes personalidades que nos han precedido en nuestra misión profesional han dirigido una y otra vez sus empeños en el sentido de proteger los débiles retoños del árbol social humano y muchas veces han indicado rumbos y señalado obstáculos. A nosotros toca proseguir.

Con tal propósito, preciso es conocer antes los términos del problema cuya solución nos está encomendada. El estudio sistemático, la investigación minuciosa, el acopio de datos precisos es método preferente en los tiempos actuales. El ha sido y está siendo puesto en práctica por los encargados de tales funciones en nuestra organización gubernativa y ha dado a su vez base para la acción encaminada a la supresión de los males señalados. La mortalidad infantil en Puerto Rico es excepcionalmente alta; así también es alta la natalidad. Significamos aquí por mortalidad infantil la mortalidad durante el primer año de vida comparada con el número de nacimientos durante ese mismo año.

La reproducción de nuestro pueblo es intensa; pero la muerte de la prole es excesivamente frecuente. Es una máquina marchando a suma velocidad con un enorme desgaste de energía; con un desperdicio pavoroso en la producción. Cantidad, todo cantidad, pero todo pacotilla. Las cifras de mortalidad en los grupos de edad subsiguiente al primer año: de 1 a 2 años, de 2 a 5; las de mortalidad general; nuestro record durante la guerra con un porcentage de inútiles que duplicó el que tuvo los Estados Unidos en su territorio continental; las cifras obtenidas por la inspección médico-escolar de San uan y fuera de San Juan al efectuarse un reconocimiento general de nuestros niños, son de sobra elocuentes. Nuestro capital humano consiste, en su materialidad, no en oro puro de ley, sino en pobre metal deleznable.

Mientras que en el area de registro de Estados Unidos la mortalidad infantil alcanzó la cifra de 101 por mil en 1918; y de entonces acá ha tenido notable reducción; mientras que Nueva Zelandia tuvo 48.4 por mil, en Puerto Rico, en el año económico 1918-19, tuvimos 142 muertos por cada mil nacimientos. De entonces al año fiscal que acaba de cerrarse nuestra mortalidad infantil ha tenido las siguientes fluctuaciones:

	Nacimientos	Muertes en menores de un año.	Tanto por Mil
1919-20	50729	7434	146
1920-21	49961	7786	162
1921-22	52033	7951	152
1922-23	50348	7218	143
1923-24	51722	6642	128

Durante el año 1923-24 la mortalidad infantil ha sido bastante más baja que durante los cinco años anteriores a pesar de que la natalidad se mantuvo alta; con relación al año anterior tuvimos una reducción de 10.5%, lo cual es alentador. Sostuviéramos esa reducción proporcional progresiva por dos años y nos acercaríamos a la cifra de los Estados Unidos; sostuviéramosla por diez años consecutivos y rivalizaríamos con Nueva Zelandia. No sustentemos tan rosadas esperanzas; nuestras condiciones sociales, étnicas y económicas no permitirían tan rápidos progresos. Pero aunque no tan rápidos, habremos de hacerlos y para ello urge señalar los obstáculos a franquear.

Durante el año fiscal 1923-24 la mortalidad de menores de un año alcanzó a 6,642 óbitos. De acuerdo con la clasificación internacional de causas de muerte, tal cifra se descompone así por tipos:

Resumen de la mortalidad infantil. (Menores de un año). 1923-1924.

Causas de muerte. Clasificación por tipo.

I.	Enfermedades epidémicas, endémicas e infecciosas....	342
II.	Enfermedades generales no incluídas anteriormente....	476
III.	Enfermedades del sistema nervioso	147
IV.	Enfermedades del aparato circulatorio	11
V.	Enfermedades del aparato respiratorio	1092
VI.	Enfermedades del aparato digestivo	2217
VII.	Enfermedades del aparato génito-urinario	75
VIII.	Enfermedades de la piel y del tejido celular.........	2
IX.	Enfermedades de los órganos de la locomoción..........	2
X.	Vicios de conformación....	102
XI.	Enfermedades de la primera infancia	1814
XII.	Afecciones producidas por causas externas............	78
XIII.	Enfermedades mal definidas	277
	Total.............	6642

El grupo de la más alta mortalidad producida lo es el de enfermedades gastrointestinales; le sigue "enfermedades de la primer infancia" y luego las del aparato respiratorio. Estos tres grupos alcanzan a 5123 muertes o sea más del 75% de toda la mortalidad infantil. Específicamente, las cinco principales causas de muerte son, en el orden de su magnitud, diarrea y enteritis con 2,097 muertes, debilidad congénita con 1082, bronquitis aguda con 547, tétano infantil con 503, raquitismo con 449.

Diarrea y Enteritis:

Si de 6,000 muertes 2,000 se deben a diarrea y enteritis, podemos decir que, aproximadamente, de cada tres niños que mueren en Puerto Rico antes de cumplir un año, uno muere por desórdenes del aparato digestivo. En un modesto artículo que en el editorial de nuestro bo-

letín viera la luz recientemente, fruto de mi experiencia por dos años en las clínicas infantiles del barrio obrero sostenidas por la Cruz Roja, dije que la alimentación infantil, según pude hallar en aquel barrio, es rara vez puramente materna en nuestro pueblo; lo es mixta o francamente artificial. La experiencia de nuestros centros de puericultura así lo va confirmando, según pronto veremos en sus estadísticas. Las razones aducidas son generalmente las siguientes:

1.—Que la leche materna exclusivamente no sostiene al niño.

2.—Que no se pueden guardar las horas, por estar la madre trabajando en talleres para ganar la subsistencia.

3.—Que es preciso *hacerle el estómago* al niño.

4.—Que la leche materna no le sienta bien al niño.

5.—Que se ha secado la leche a la madre.

La provisión de leche de vaca es escasa, muchas veces adulterada, (a pesar de las gestiones del Departamento de Sanidad) y, sobretodo, se usa hervida generalmente. Líbreme Dios de preconizar que se abandone esta práctica protectora, necesaria y más aún imprescindible, mientras nuestras condiciones de producción láctea no mejoren grandemente y la conservación de leche pueda hacerse sin temor al desarrollo de bacterias, tan fácil en este clima siempre cálido; pero de todos modos la ebullición de la leche produce cambios en su composición y sobre todo inactiva o destruye la vitamina "C", antiescorbútica y termolabile.

Tenemos, pues, que la adulteración de leche con agua tiene dos peligros o por mejor decir tiene dos consecuencias: (primero) menor riqueza alimenticia y sobre todo menor riqueza en vitaminas y (segundo) por la necesidad de ebullición para protegerla de la contaminación, carencia de vitamina "C". Por sobre de esto está además, el riesgo siempre grave que entraña la alimentación artificial, por cuidadosa que ésta sea, y convendremos, pues, que no debe extrañarnos la alta cifra de mortalidad por gastro-enteritis. La carencia de leche de vaca ha llegado tan lejos que conocemos de muchos casos en que los campesinos han de buscar en las ciudades la leche que no pudieran hallar en los campos, y así tenemos que el consumo de leche condensada es verdaderamente enorme. Se nos informa que durante el último año se importó en Puerto Rico leche condensada por valor de $476,728. La significación que en el de desarrollo y la viabilidad de nuestros niños puede tener el uso de leche conservada por mucho tiempo en relación, sobre todo, con las ya mencionadas vitaminas, no se escapará a vuestra inteligencia.

En nuestros campos en muchos casos ni leche de vaca pura o aguada, fresca o hervida, ni leche condensada, ni ninguna clase de leche son el sustituto a la leche materna; sino que el sustituto consiste en atoles de arroz, de yautía o cualquier otra fécula arreglada grosso modo y dada al niño como único alimento. Aún la leche materna producida por mujeres cuya dieta consiste principalmente de arroz, de panas, de mafafos, bacalao y café negro puede carecer de la justa proporción en azoados, hidro-carburos, grasas, sales y vitaminas. En Filipinas se señala como una de las principales causas de mortalidad infantil el beri-beri infantil, producido por la leche materna de mujeres cuyo alimento principal es el arroz descortezado. Y preguntamos nosotros ahora: esas obscuras dolencias de algunos niños de nuestros campos ¿qué relación

pueden tener con el beri-beri infantil, con el escorbuto, con todas esas enfermedades de carencia y de avitaminosis que ahora principian a salir de las nebulosidades en que se hallaban? La investigación en este sentido es necesaria y está apenas en comienzo. La investigación, para todo un programa de puericultura, intenso y extenso, merced al cual los conocimientos dietéticos sean llevados a todas las madres puertorriqueñas.

Debilidad congénita:

Intimamente relacionado con todo esto está la mortalidad por debilidad congénita. 1082 niños nacieron tan débiles que no pudieron vivir. Uno, de cada seis de los que murieron. Dijimos al principio de este trabajo que nuestra máquina reproductora producía locamente; aquí tenemos ahora una prueba. ¿Degeneración racial, enfermedad hereditaria, errores de diagnóstico? En las clínicas prenatales vamos hallando diariamente una proporción aterradora de madres sifilíticas. Y cuando no es la sífilis es el desgaste orgánico, por la uncinariasis, por la tuberculosis y por el hambre.

Bronquitis aguda:

Resultante en gran manera de las mismas causas de muerte antes señaladas, es decir, de las resistencias aminoradas por las mismas gastro-enteritis y la congénita debilidad, agregándose a esto además la falta de cuidados, la falta de protección de las inclemencias del tiempo, es la bronquitis aguda en general y en gran parte con las afecciones respiratorias todas. Su cifra es alta y bien merece decidida atención.

Tétano infantil:

La vieja cuestión de la comadrona ignorante, ya que en la inmensa mayoría nuestros niños en campos y ciudades son recibidos a su llegada al mundo por inexpertas manos rara vez limpias de mugre y contaminación; este viejo mal subsiste todavía. Contra él van las clínicas prenatales, las enfermeras visitantes, los paquetes profilácticos dsitribuídos gratuitamente; contra él va el trabajo de salud pública comenzado.

El Departamento de Sanidad provee de paquetes profilácticos a través de sus clínicas a toda mujer gestante cuyo alumbramiento se acerca; pero en muchos casos permanece intacto el paquete, ya que la encargada de emplearlo no le concede importancia.

Raquitismo:

Cierra la marcha de estos cinco generales de la muerte, de estos cinco Herodes, el que aparece en nuestras estadísticas demográficas bajo el nombre de raquitismo y que produjo durante el pasado año 449 muertes. Valga consignar que en el grupo de 1 a dos años aparece con 682 muertes (la segunda causa en magnitud); en el grupo de 2 a 5 años produjo 471 muertes, (también la segunda causa en magnitud) y que en las estadísticas generales aparece con 1708 muertes, ocupando el tercer lugar por su magnitud.

Declaramos que es nuestra firme creencia que éste es un grave error de quienes certificaron esas muertes. El raquitismo verdadero rara vez es mortal. En el año 1920 el area de registro de Estados Unidos tuvo una mortalidad específica por raquitismo de .6 por 100,000, mientras nosotros aparecimos con 108.9 por 100,000. Si esto fuera cierto la situación nuestra

sería verdaderamente tan extraordinaria que merecería el estudio de toda la profesión médica mundial. El verdadero raquitismo es una enfermedad de países templados, de obscura etiología, pero que a la luz de las últimas investigaciones parece estar íntimamente relacionado con la carencia de la acción actínica de los rayos ultra-violeta; es una enfermedad ósea cuyas huellas quedan marcadas indeleblemente muchas veces, en el aspecto físico del individuo que la ha padecido. En el país del sol, donde los niños viven en pleno baño helioterápico; donde los estevados y cifóticos son rara excepción, ¿es posible que el raquitismo pueda producir 1708 muertes? Yo creo Sres., y espero que me digais si yerro, que este raquitismo nuestro no es sino marasmo, atrepsia, heredo-sífilis y tuberculosis. Si es así tiempo es ya de que se rectifique el error por quienes lo venían cometiendo, para dejar aclarada la situación a quien estudie nuestras estadísticas.

Los niños mueren de enfermedades, pero la mortalidad infantil reconoce otras causas que no son enfermedades del organismo humano, si bien lo son del cuerpo social. La ilegitimidad, el abandono de menores, la prostitución, la carencia de viviendas higiénicas, el paro industrial, etc., son aquellas causas. No intento extenderme en su estudio ahora, pero sí quiero decir para concluir este trabajo que además del armamento con que nuestro Departamento de Sanidad cuenta contra la mortalidad infantil, esto es: los centros prenatales, las clínicas infantiles, las enfermeras visitantes, los paquetes profilácticos, las clínicas de enfermedades venéreas, las de tuberculosis, cuenta hoy con un arma más: el Consejo de Medicina Social, al que corresponde estudiar detenidamente este problema y que, con la excepción del que habla, está compuesto por distinguidas personalidades.

En un país donde la mortalidad infantil es el principal factor de la estadística de mortalidad; donde la gastro-enteritis en menores de dos años es la principal causa de muerte; donde el mal llamado raquitismo es la tercera, siendo la segunda la tuberculosis; la más intensa labor para reducir la mortalidad general ha de consistir en una labor para reducir la mortalidad infantil, no sólo porque al reducirla las cifras de la mortalidad general quedarían reducidas notablemente a su vez, sino porque los resultados obtenidos en las generaciones así protegidas no podrían ser otros que una mayor resistencia a la invasión tuberculosa, la cual, bien sabido es, tiene generalmente lugar en los primeros años de vida. E indudablemente, puesto que esto habría de producir una reducción en la mortalidad ulterior por tuberculosis, ésta sería una nueva resta hecha a la cifra total de mortalidad general; y atacadas así las tres principales causas de muerte, (gastro-enteritis, marasmo y tuberculosis), atacadas de rechazo también todas las enfermedades cuya extensión está condicionada por la mayor o menor resistencia del organismo humano; el resultado en la mortalidad general sería una gran disminución, lo cual no significa otra cosa que un promedio de longevidad más alto, bastante halagador por cierto para aquellas a quienes les toque vivir después de nosotros.

Recientemente las compañías de seguro extranjeras operando en esta isla rebajaron sus tarifas, en atención a la reducción en la mortalidad registrada en los últimos años. Y aún habremos de igualarnos sino de superar, a los países tem-

TRATAMIENTO MODERNO
DEL ASMA BRONQUIAL

Por el Dr. Ramón M. Suárez.

AL presentar a esta reunión científica de la Asociación Médica del Distrito de San Juan mis experiencias en el tratamiento del asma en Puerto Rico, lo hago únicamente con el fin de que los distinguidos compañeros que me escuchan puedan comparar los resultados obtenidos durante siete años de práctica en el tratamiento corriente del Asma Bronquial y los obtenidos en los últimos cinco meses, usando los métodos modernos basados en la teoría anafiláctica o de la Sensitización Protéica.

Y antes de pasar adelante, permitidme hacer como nuestros buenos jíbaros, que comienzan sus cartas pidiendo excusas por las faltas y el papel. Yo pido excusa para la manera de expresarme. Es tal mi costumbre de extraer notas de las ideas importantes o puntos esenciales de todo lo que leo, veo o estudio, que paso de un punto importante a otro sin preocuparme de dar bellas formas a mis palabras, y a veces ni siquiera la natural ilación. A mí mismo me suena árido y a veces hasta metálico lo que trato de poner en forma de ser leído u oido por otros. Contando, pues, con vuestra indulgencia diré que:

Al estudiarse los resultados del tratamiento moderno en el Asma Bronquial, podemos llegar a la conclusión de que es posible curar (si se me permite la palabra en una enfermedad tan rara y caprichosa como el asma esencial), curar, repito, a un número notable de asmáticos, y en los casos más obstinados o tenaces, podemos con toda seguridad alargar los intervalos entre los ataques y hacer éstos más benignos. Quiero decir que con el estudio del factor etiológico protéico y con la desensitización en casos necesarios, podemos hacer mucho más por el bienestar de nuestros pacientes asmáticos que hasta hace pocos años.

Investigando mis records, he podido calcular haber visto o tratado por lo menos cuarenta casos de asma bronquial durante los siete años antes de empezar el uso del tratamiento moderno, y de esos cuarenta casos, sólo recuerdo dos en los cuales obtuve resultados satisfactorios. Y esos dos casos puede comprobarse que entran de lleno dentro de la teoría de la sensitización o alergia, probando que el asma no es otra cosa que una condición anafiláctica producida por la presencia de una proteina extraña a la cual el paciente es sensitivo.

En el primero de estos casos, se trataba de una niñita de seis años. Padecía asma desde su tercer año de edad. Atacada de difteria de la faringe, fuí llamado urgentemente. A pesar de usar el mé-

---

plados, libres como estamos de los peligros del invierno en nuestra ventajosa posición de perpétua primavera. Para ello nuestro programa ha de ser un vasto plan de puericultura. En el comienzo de este empeño nos dirigimos a los médicos de Puerto Rioc y pedimos que juzguen, cooperen y señalen.

Diciembre 11, 1924.

todo de Bedereska para la desensitización tuvo una fuerte reacción Sérica al quinto día. Seis meses después me la enseñó su mamá muy contenta porque, según ella, desde aquella inyección no había vuelto a tener ataque ninguno de asma.

Indudablemente, el choque anafiláctico producido por la proteina extraña en el organismo, libró a la niña del asma por mucho tiempo.

Seguramente habréis leído que las inyecciones de suero anti-diftérico han sido extensamente usadas por médicos franceses en el tratamiento del asma, siempre con la idea de producir un choque anafiláctico.

El otro caso era un niñito de cinco años de edad. Padecía asma desde su segundo año. Por el examen de las heces fecales pude comprobar que tenía un número crecidísimo de ascárides lumbricoides. El tratamiento, pues, fué administrarle Santonina y Calomel. Dos años después no había vuelto a padecer asma. ¿Cómo nos explicaremos este caso? ¿La presencia del ascárides en el canal intestinal podía ser una causa refleja para producir los accesos? Si es así, debemos aceptar también que no se trataba de un caso de asma bronquial, y que la debíamos haber incluido como asma refleja. ¿O no podría ser más probable que el verme segregara o produjera alguna sustancia protéica a la cual ese paciente fuese sensitivo, o que, más probable todavía, la presencia del verme en tan gran cantidad fuese una causa indirecta para la putrefacción intestinal y la producción de la histamina, la cual se ha venido a comprobar como factor etiológico de importancia en el asma? Si aceptamos esa última teoría, también este caso de ascariasis es un caso de sensitización o de anafilaxis o alergia.

En los métodos del tratamiento que usábamos entonces, además de las larguísimas fórmulas conteniendo Belladona, Lobelia, Nitro-glicerina, Ioduro, Bromuro, etc., etc., usamos en algunos casos la Auto-Sueroterapia, las inyecciones de sangre defibrinada del mismo paciente, las inyecciones de cloruro de cal intravenosas, algunos productos de glándulas endocrinas, las vacunas "Stock", las inyecciones de leche, el proteógeno, la atropina, la pitruitina, y quizás alguna docena más de drogas. Después de todas esas pruebas, hemos llegado a la conclusión de que las únicas dos drogas que tienen y seguirán teniendo algún valor en el tratamiento del asma, son la adrenalina y el ioduro. Al nombrar la adrenalina no debemos pasar adelante sin recordar que nunca se ha de usar una solución de esa droga que no esté completamente límpida y transparente, y que una dosis de 3 m. calma el acceso sin producir los temblores y sensación vaso-motriz que observamos generalmente cuando inyectamos 1 cmc. de una solución al 1 x 1000.

¿Qué hacemos con nuestros casos de asma actualmente? Cada caso de asma es diferente al otro. Esta diferencia se puede notar hasta en pacientes pertenecientes a una misma familia, siendo muy frecuentes los casos en que padres e hijos asmáticos dan reacción positiva a diferentes proteinas. De ahí la importancia de una completa historia clínica—haciendo resaltar sobretodo la historia de eczema o urticaria en el paciente durante su niñez, y un minucioso examen físico, investigando cuidadosamente la nariz, garganta, senos, antro de Highmore, dentadura, etc., descartar la posibilidad de la presencia de pólipos nasales o cornetes hipertrofiados, además tomar la presión arterial, análisis de orina, la reacción Wasserman y por último y quizá lo más importante aquí en Puerto Rico, donde tanto abunda la Plaga Blanca, una buena

radiografía de los pulmones. Una adenopatía traqueo-bronquial que puede causar una irritación del simpático y como consecuencia una Hypervagotonia con accesos asmáticos o pequeños focos tuberculosos son muy difíciles de encontrar al examen físico, sobretodo si examinamos el paciente durante una de sus crisis. No creemos que sea suficiente la presencia del llamado esputo característico, de los cristales de Charcot-Leyden, o de los espirales de Curchsman, ni la misma eosinofilia aquí donde tenemos tantos parásitos intestinales, para diferenciar un asma esencial de algunos casos de tuberculosis y para poder dar el prognóstico en los casos en que puedan coexistir ambas enfermedades. De ahí nuestro interés en radiografiar el torax de todos nuestros asmáticos si fuese posible (tenemos tres o cuatro casos que ilustran esto).

Esto nos trae a las pruebas protéicas o cuti-reacciones. Hacemos cerca de unas 200 pruebas a cada paciente. En esas incluimos los alimentos, los epidermales o inhalantes, las bacterias y polens, y aunque usamos ambos métodos, el de escarificación y el de inyección intradérmica, preferimos para la gran mayoría de las pruebas el primero—por ser menos o nada doloroso, dar menos pseudo-reacciones que el otro y tener menos peligro de infección y de producir reacciones peligrosas. Lavamos con alcohol etílico el antebrazo del paciente, lo dejamos secar y entonces colocamos gotas de n/10NaOH distanciados 1½″ de cada una, le añadimos la proteina y con un bisturí hacemos una escarificación lineal como de 1/8″ de largo, la cual no debe penetrar más que las capas superiores de la epidermis. A los 20 o 30 minutos lavamos el brazo y comparamos las reacciones con el control (una gota a la cual no se le ha añadido ninguna proteina). Llamamos positiva una roncha o urticaria de más de 0.5 cm. de diámetro, la cual tenga *pseudopodia,* las de menos tamaño las clasificamos con menos número de "plus", pero descartamos las pseudo reacciones.

Tenemos casos que nos han dado una reacción positiva franca al "horse dander" por ejemplo al principio o durante el ataque, y habernos dado una reacción muy debilmente positiva o negativa cuando ya ha pasado el acceso. ¿Cómo se explica ese fenómeno? Pues sencillamente porque el organismo de ese paciente produjo bastante anticuerpos para vencer o dominar ese ataque, o de lo contrario un asmático no tendría nunca períodos libres de su asma. Y si produjo bastantes anticuerpos para inmunizarse a sí mismo aunque transitoriamente, también son más que suficientes para negativarnos la reacción. Eso explica también porqué preferimos hacer las pruebas unos días antes del acceso o al principio del mismo, y no cuando haya empezado ya a sentirse la mejoría. Esa autoinmunización también nos explica porqué algunos niños de una misma familia, usando el mismo tratamiento, teniendo el mismo médico, estando en contacto con las mismas proteinas, unos se han curado radicalmente de sus fatigas y otros siguen padeciéndolas. Los primeros produjeron bastantes anticuerpos para inmunizarse permanentemente; los otros no.

Si el paciente nos da reacciones positivas y alimentos o substancias que se puedan eliminar de su dieta o de su presencia o contacto respectivamente, hemos terminado ahí nuestro tratamiento, pero si por el contrario son otras substancias las cuales es imposible eliminar, entonces recurrimos a la inmunización de la siguiente manera:

Cojeremos un caso de alergia a las emanaciones de caballo ("Horse-Dander").

Usamos entonces el Treatment Set—que se compone de 4 o 5 diferentes diluciones 1 x 100,000, 1 x 10,000, 1 x 1,000 y 1 x 500. Probaremos nuestros pacientes con cada una de esas diluciones y empezamos nuestro tratamiento para producir inmunidad con la solución más concentrada que no haya provocado reacción a las pruebas, y en el caso raro que la primer solución, esto es: la de mayor dilución, haya producido reacción—entonces deberemos diluirla todavía más y empezaremos con 2 o 3 mínimas de la primer dilución aumentando una mínima cada 3 a 5 días hasta llegar a 12; entonces pasaremos al siguiente número, y así sucesivamente hasta el último. En la solución más concentrada debemos aumentar muy cautelosamente y deberemos tener siempre a mano una inyección de adrenalina, pues tenemos que tener en cuenta que una dosis demasiado fuerte podría producir no solamente un acceso asmático, sino que podría llegar a producir hasta un edema de la glotis.

Aunque quizás no tenemos bastantes casos para poderlo asegurar definitivamente, creemos estar en lo cierto al decir que entre los alimentos aquí en Puerto Rico predominan las reacciones positivas a los mariscos, sobretodo jueyes, langostas y camarones. Todos los autores extranjeros que hemos consultado dan el huevo y el trigo (entre los alimentos), con las causas más frecuentes del asma. Tenemos un buen número de pacientes que han dado reacciones 4 plus a esos mariscos ya nombrados, y todavía no hemos visto ningún caso en que hayamos encontrado una reacción positiva típica a alimentos que parecen predominar como causa del asma en los Estados Unidos.

En nuestra experiencia sólo un pequeño por ciento (no más del 30%) no da reacción a ninguna de las substancias usadas. ¿Qué hacemos en estos casos? Pues pasamos inmediatamente a ver si encontramos una causa endógena, esto es: intestinal. Investigamos si hay putrefacción intestinal en nuestro paciente de la siguiente manera: una reacción muy marcada a la histamina (según lo preconizado por el Dr. Maximilian Ramírez, de Nueva York) y confirmada con la presencia de indicanuria, una excreta de reacción ácida y en la cual predominan las bacterias Gram positivas. En estos casos usamos laxantes, dieta especial que evite putrefacción, la leche acidófila e irrigaciones colónicas, y ejercicios respiratorios, unido todo esto a inyecciones intramusculares de peptona en dosis ascendentes.

Ahora nos toca hablar de las vacunas. Las auto-vacunas o vacunas autógenas que son las que preferimos en nuestros casos. Las usamos en todos los casos en los cuales no hayamos encontrado el factor eitológico por la cuti-reacción y también en casi todos los casos en que además de asma tenemos que tratar una bronquitis crónica como secuela de los accesos o como consecuencia del uso contínuo o prolongado de los cigarrillos o polvos anti-asmáticos.

Me voy a permitir dar detalladamente la técnica que usamos para la preparación de vacunas autógenas (la parte bacteriológica de las mismas ha estado a cargo de nuestro compañero el Dr. Morales Otero), por considerarlo interesante y de importancia. Usamos un procedimiento igual o parecido al que vimos en la Clínica del Dr. Thomas del St. Luke's Hospital. Hacemos siembras en diferentes medios de cultivo, sin olvidar "Blood Agar" para asegurarnos de la presencia del Estrep. Hemolítico, y hacemos una suspensión como al 1% de todas y cada una de las bacterias cultivadas de la nariz, garganta y el esputo y las probamos en nuestro paciente por inyecciones intradérmi-

cas. Seguimos observando al paciente durante 20 o 30 minutos después de las inyecciones y diariamente por 5 días al cabo de los cuales ya sabemos en cual o cuales de las inyecciones hemos tenido reacción positiva, y de esas *solamente* hacemos preparar la auto-vacuna.

Hacemos las pruebas de las suspensiones de organismos que no han sido aun identificados y que solamente conocemos por su número. Pues bien, en dos casos, al reportar los números que nos han dado reacción positiva, nos hemos enterado que uno de ellos era el de un *hongo* cultivado del esputo. ¿Por qué ese hongo dió reacción tan típicamente positiva? ¿Por qué probando la suspensión de 5 o 6 bacterias diferentes solamente el hongo y el estreptococo hemolítico nos dió reacción positiva y las otras no? ¿Será posible que ese hongo sea un factor etiológico de alguna importancia en el asma, en los países tropicales? Hemos querido reportar esto sin pretensiones ni entusiasmo. Si algún valor tuviera, el tiempo lo dirá. Debo decirles, sin embargo, que uno de esos casos ha mejorado notablemente con su auto-vacuna.

SINOPSIS DE HISTORIAS CLINICAS

1.—C.S. 43 años. B. C. San Juan.

Tuvo asma cuando niña, vivió algunos años en Santo Domingo, donde nunca tuvo un acceso, ahora hace tres años le vienen dando dos veces al mes. Esta paciente dió reacción positiva a pelo de ratón, plumas de varias aves, a la cebada, avena, jueyes y pato. Vivía en un hotelito de la calle de Tetuán donde había bastantes ratas. Se cambió a otro sitio más limpio y se pudieron eliminar todos los otros facfactores y la paciente ha estado libre de accesos desde Noviembre 25.

2.—P. P. 30 años. Vda. Santurce.

Hermana de un doctor. Padece de asma desde los siete años. Dió reacción positiva para el queso; apesar de no haber ingerido ese alimento tuvo otro acceso a los pocos días. Es éste uno de los casos en los cuales encontramos el hongo y que ha mejorado con su vacuna.

3.—P. Ll. 27 años. B. S. Santurce.

Con historia de asma desde su niñez y de padecer esa enfermedad varios miembros de su familia. Ha sufrido dos operaciones nasales. Dió reacción positiva a la pluma de gallina + + + + y + + al huano. Con la historia de usar almohadas de huano aquí donde le dan los accesos más benignos que cuando sale a la Isla y se hospeda en hoteles donde usa almohada de pluma. Ha estado libre de acceso con el uso de almohada de aire.

4.—L. C. 58 años. C. Español. San Juan.

Este paciente no puede dormir más de una hora, sin tener que despertar y fumar un cigarrillo Espic. Ya tiene que usarlos día y noche, pues su asma es casi contínua. Ha sido operado de la nariz sin ningún beneficio. Dió reacción + + + + a pluma de gallina y menos positiva a la de otras aves. Este caso se puede decir que se ha curado. Ya duerme toda la noche y no ha tenido que volver a usar los cigarrillos auto-asmáticos.

5.—Dr. G. A. Guaynabo.

También dió reacción positiva a varios inhalantes y ha mejorado notablemente, aunque ha seguido fatigoso, pues él además es un hipertenso y tiene los signos de putrefacción intestinal, pero un verdadero acceso no lo ha vuelto a tener.

6.—F. H. 2 años. Santurce.

Reacción al huano. Bien.

7.—J. R. S. 5 años. B.

Varios familiares padecen de asma. Solamente dió reacción + al Bacalao y también a las siguientes bacterias Friedlander, Micrococo Catarral, Pneumococo y

Estreptococo Viridans. Vacunas Stock fueron usadas solamente.

8.—R. M. 48 años. Vda. Bo. Obrero.

Le dieron fatigas cuando niña, pero hacía 20 años no le daban. Ahora hace tres años que las padece casi contínuamente. No ha dado reacción positiva a nada. Mejorada con autovacunas, y Ioduro intravenoso.

9.—F. C. de C. 36 años. Pta. de Tierra.

Desde que tenía siete años padece de asma. No tiene intervalos de ausencia completa de asma, pero está mucho peor de 3 a 6 A. M. La radiografía demuestra buen estado de pulmones. Nó ha dado reacción positiva a ninguna proteina. No se le ha podido hacer la vacuna autógena por no conseguirse esputo. Mejorada últimamente con tratamiento intestinal y con inyecciones de Ioduro de Sodio.

10.—G. B. 26 años de edad. Blanco, Santurce.

Padece de asma desde su tercer año después de haber pasado el sarampión. Hay historia de asma en su hermano y padre durante la niñez. Ha dado reacción muy debilmente positiva a Horse Dander, Huano. Estamos inmunizándolo a las emanaciones de caballo. Este caso no ha mejorado nada hasta la fecha, pero todavía no hemos podido hacer en él las pruebas para la bistamina ni las vacunas autógenas.

11.—M. V. M. de 2 años. Santurce.

Padece de bronquitis asmática y la hemos tratado sin haberle hecho prueba alguna, solamente con Vacuna Stock. Mejoró muy notablemente.

12.—P. A. 16 años. Blanca, Ponce.

Padece desde sus 6 o 7 años. Este caso dió reacción positiva a un buen número de alimentos, además al Horse Dander y al Onis Root. Estábamos empezando a inmunizarla contra esas dos substancias y a usar sus vacunas autógenas, pero ella desistió del tratamiento por sentirse algo peor (como es natural) después de algunas inyecciones inmunizantes.

13.—J. S. 12 años, Blanco, Río Piedras.

Este niño dió reacción positiva al Horse Dander y al pargo. Estamos inmunizándolo. Pero por haber estado primero un mes ausente y últimamente con el sarampión, no hemos podido terminar su tratamiento. En este caso tenemos muchas esperanzas.

14.—J. G. de 7 años. Blanco, Miramar.

Ha dado reacciones positivas a los mariscos y además a la pluma de pato, pelo de conejo y algunos otros epidermales de menos importancia. Este caso lleva muy poco tiempo y no podemos todavía asegurar el resultado.

15.—L. L. 29 años. C. B. Policía Insular.

En este caso nos está siendo muy difícil su estudio por tener una condición hipersensitiva de la piel o un "Tache Cerehale" por la cual el simple roce del bisturí y una gota de solución salina son capaces de producir la roncha.

16.—J. R. de 15 años. B. Santurce.

Este niño fué obsequiado por una amiga que se trató en los Estados Unidos, con una almohada de aire, pero tuvo otro acceso muy fuerte de asma y entonces lo trajeron donde mí. Ha dado reacción positiva a varios epidermales y los mariscos. El report de su radiografía pulmonar se lee así: "Hilios considerablemente engrosados. Con marcada infiltración peribronquial en la parte superior". Es este uno de los casos en que la radiografía nos ayuda no solamente para el pronóstico sino también para la curación.

17.—Y. R. 36 años. C. Santurce.

Este caso lo nombro sólo para demostrar lo que dije antes acerca de la radiografía pulmonar. No hice ninguna prueba protéica después de ver la placa. Como

ustedes pueden ver en ella, hay una marcada dilatación de la arteria pulmonar, y la región hiliares muy engrosada. Este paciente está mejor con el tratamiento corriente usado para las afecciones bacilares del pulmón.

Como éste tengo records de tres casos más; además uno de esclerosis pulmonar; cuatro en los cuales en el primer examen encontré bastante patología nasal (pólipos) etc., por lo cual los envié al especialista; una enviado a mí por el especialista después de operado para hacerle las pruebas de algunos alimentos, y 10 casos más los cuales no han terminado el tratamiento.

En esos 17 casos en los cuales he leído una sinopsis de su historia clínica, debemos eliminar los dos últimos por haberse encontrado un proceso tuberculoso como factor principal, o concomitante, y dos más: el niño de Río Piedras que no ha terminado su inmunización y el de Miramar, que no tiene tiempo bastante para ser juzgado. Así es que nos quedan 13 casos. Suponiendo que en el caso del policía por su condición hipersensitiva de la piel no podamos hacer gran cosa por él y que en los casos números 8, 9, 10 y 12 no hubiésemos conseguido ninguna mejoría, lo cual no es cierto en dos de ellos, tenemos todavía ocho casos libres por completo de accesos; esto es, más de un 60 por ciento.

ASMA: ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO

Por el Dr. Carlos González.

EL asma es una enfermedad muy compleja, de origen neuropático, caracterizada clínicamente por accesos o paroxismos irregulares de asfixia, y por intervalos más o menos prolongados de salud casi normal; patológicamente se caracteriza por una constricción o estenosis de las lúminas de los tubos bronquiales, por una expectoración especial de naturaleza albuminosa, mucilaginosa, espesa, escasa y de consistencia viscosa, por dilatación de las vesículas alveolares de los pulmones, por una eosinofilia bastante marcada, diez, veinte y hasta cincuenta por ciento, por glicosuria a veces, por albuminuria, por lesiones cardíacas, renales, gástricas, cutáneas; por abnormalidades de las vías respiratorias, por edema angioneurótica de las membranas mucosas, nasales o conjuntivales, por poliurea, por bronquitis, rinitis hipretrófica, dispepsia, tubérculos e hipertrofia glanglionar; y por muchas otras manifestaciones morbosas, ya de origen orgánico, ora de origen funcional o idiopático.

Descripción clínica de un acceso asmático:

Al llegar el médico a la casa de un paciente asmático lo que llama primeramente su atención es el ruido o silbido característico que se oye a alguna distancia del lecho del paciente; al aproximarse el facultativo a la cama del enfermo nota inmediatamente su posición erecta, sentada o inclinada (ortopnea); posición que intuitivamente asume el enfermo para respirar con menos dificultad; después salta a su vista la respiración acelerada, arrítmica, dificultosa, acompañada de un

ruido musical (dispnea), notándose también que la inspiración es corta y la expiración prolongada y forzada; su rostro aparece bañado de un sudor copioso, su faz cianótica, sus ojos de miradas angustiosas como pidiendo socorro, su boca medio abierta para ayudar a la respiración nasal, sus ventanas de naríz dilatadas denunciando una fatiga jadeante, su pecho abotagado, casi fijo: todo esto, en conjunto, dá el cuadro, la impresión de un ser en estado asfiíctico, moribundo, en estado preagónico, ansioso en hallar una mano providencial que le lleve el alivio, el descanso, la tranquilidad y el sueño. Además de estos síntomas objetivos y subjetivos tenemos que dicho enfermo tose constante y tenazmente: unas veces su tos es seca; otras veces productiva. Si aplicamos el estetoscopio a su caja toráxica encontraremos estertores sibilantes, crepitantes, subcrepitantes, ruidos musicales, y una serie de sonidos extraños semejante a los que pudiera producir una caja sinfónica. El paciente no puede comer, apenas puede tomar líquidos, no puede dormir, su estado de postración es tal que algunos prefieren la muerte real a un estado agonizante de esta naturaleza. Cada individuo y en cada período de su vida que padece de esta enfermedad presenta síntomas distintos, aún diferentes en cada acceso sucesivo.

Su etiología:

¿Cuál es la causa o las causas aisladas o mancomunadas que producen esta temible y común enfermedad? Esa es una interrogación o pregunta que nosotros los médicos estamos llamados moral e intelectualmente a contestar, para poder causal y etiológicamente tratar al enfermo con nuestra noble divisa de aliviarlo, mejorarlo o curarlo, que será nuestra satisfacción, nuestra gloria y orgullo, y para él, su salud y bienestar físico. Tantas han sido y son las causas que se imputan al asma, que sería largo y prolijo enumerarlas todas, pero bástenos conocer las más importantes para estar de acuerdo unánime en que este síndrome morboso pone a pensar, y en muchos casos a dudar, al clínico o médico más famoso del mundo, al encontrarse impotente para vencer una enfermedad que tiene tantos años de edad como vieja es la humanidad. Hé aquí algunas de las causas principales que pueden producir individual o colectivamente un ataque asmático.

I—La herencia es un factor etiológico muy importante en esta enfermedad; así vemos que los hijos, nietos y familiares de los asmáticos, diabéticos, artríticos, reumáticos y gotosos heredan ese estigma patológico, poseen una tara natural y fatalmente adquirida, una predisposición o supersensibilidad, una diátesis o idiosincracia a sufrir de ese mal.

II—Inhalaciones del pólen de las flores de algunas plantas, de olores de emanaciones de algunos animales, (gato, caballo, y perro), de olores específicos de algunos perfumes que, ya sea por su presencia o irritación mecánica, ya por su estímulo de sustancia química extraña, o ya porque sirvan de vehículos a algunas especies o tipos de micro-organismo, positiva y experimentalmente dan origen o lugar a ataques típicos de asma.

III—Ingestión de algunos alimentos nocivos a ese organismo especial (el enfermo), cuya hipersensibilidad natural o artificialmente adquirida le hace responder inmediatamente al estímulo de esta sustancia extraña y tóxica, ya sea exógena o endógena, produciendo los síntomas característicos de esta enfermedad: los alimentos proteicos o azoados, las gra-

sas, y algunos carbo-hidratos producen esta reacción, si se someten a un ensayo clínico (Walker).

IV—Ingestión de drogas u otras sustancias que surtan análogas reacciones en esos seres hiper-sensibilizados a los efectos de esas sustancias químicas: todos sabemos y conocemos la idiosincracia que tienen algunas personas al usar la quinina, la aspirina, el yoduro, la cocaina, etc.

V—Impresiones psíquicas profundas o emociones morales pueden precipitar un ataque de asma, sin que en estos casos se pueda hallar otra causa que lógicamente justifique la presencia del ataque.

VI—Causas reflejas o nerviosas donde el origen está distante y aparentemente no tiene nada que ver con el ataque, focos de infecciones de la piel, del oído, de los dientes y de las amígdalas.

VII—Inyecciones subcutáneas e intravenosas de algunos sueros y drogas.

Tratamiento:

El tratamiento puede dividirse en dos partes: tratamiento del acceso asmático y tratamiento del intervalo entre los accesos. Una vez encontrada la causa o las causas del mal urge lógicamente la eliminación o extirpación de las mismas, de raíz, a ser posible. Refiriéndome al tratamiento del acceso, muchas son las órdenes que dar, las recomendaciones que hacer y los consejos que aportar al paciente y sus familiares. El paciente necesita libre y pura ventilación para que sus pulmones reciban mayor cantidad de oxígeno y eliminen mayor cantidad de ácido carbónico. El primero es el tónico y estimulante natural de la respiración; el segundo un veneno o tóxico activo de la vida del hombre. Debe recomendarse al paciente un clima templado, un cambio de residencia, aunque tan sólo sea de una calle a otra de la población, o de un cuarto a otro de la casa; inhalaciones de sustancias volátiles que sirven de sedantes y calmantes deben emplearse (polvos de Himrod), papeles impregnados de beleño, belladona y estramonio, inhalaciones de nitrito de amilo, de oxígeno puro, de éter o cloroformo y otras sustancias que llenan los mismos requisitos como el cloro, contra-irritación sobre el pecho con sinapismos de mostaza y otras sutancias análogas. Dese a tomar pociones conteniendo algunas de las siguientes drogas: bromuro, lobelia, beleño, ipecacuana, morfina o sus derivados (heroína,, codeína) belladona, atropina, antipirina, etc., etc. Aplíquense inyecciones de adrenalina o epinefrina, de morfina y atropina combinadas, a míninas dosis, o inyecciones tónicas en casos de astenia cardíaca, según el caso requiera; la hidroterapia surte también sus benéficas influencias en esta enfermedad, recomendándose las abluciones, baños y compresas frías (por algunos autores). Háganse reacciones cutáneas para ver qué substancias alimenticias son tóxicas para ese enfermo especial, y elimínense de su dieta. Procúrese, ya por medios físicos o por administración de larantes, que el enfermo esté siempre al corriente. Trátese de extirpar, o en su defecto desinfectar, cualquier foco de infeción que en cualquier parte del cuerpo pueda descubrirse. Usense vacunas "Stock", vacunas autógenas y sueros, de acuerdo a las necesidades del paciente en curación. Aliéntese al enfermo para que asuma una actitud optimista, favorable y beneficiosa a su pronta mejoría.

Tratamiento de los intervalos entre los accesos:

Una higiene rigurosa a base de moderación y templanza en todas nuestras acciones, evitando todo exceso que es perjudicial, debe encarecidamente recomendarse. Una vez encontrados por medio de ensayos y experimentos los alimentos que son nocivos a ese enfermo, deben eliminarse de su dieta diaria. Un cambio de clima, especialmente a las zonas templadas, a la orilla del mar y a sitios altos pero secos, favorece a todo asmático. Recomiéndese evitar toda emoción psíquica que pueda profundamente impresionar la parte moral de ese individuo. Recomiéndese los ejercicios suecos, la calistenia, el andar a pié y la respiración gradual y honda para el desarrollo y funcionamiento normal de los órganos de la respiración. Evítese la presencia de animales domésticos, de plantas cuyas flores producen polen que dan lugar al catarro o fiebre de heno, y recomiéndense ocupaciones al aire libre, huyendo de todas las aglomeraciones, fábricasy sitios donde el aire está contaminado con polvo, con humo, con emanaciones fétidas o cualquier otra sustancia nociva a la salud. Drogas que se han usado y usan con bastante buenos resultados en el tratamiento del asma: yoduro de potasio en solución o en inyecciones intravenosas, unas veces sólo y otras veces unido o combinado con el salicilato de sodio. El aceite de hígado de bacalao, alimento por excelencia que contiene más vitaminas que ningún otro conocido. El arsénico en sus distintas preparaciones y en inyecciones; la nuez vómica, sales de calcio, especialmente lactato y cloruro de calcio, el hierro en casos de anemia.

En mi experiencia profesional, en la práctica de nueve años he venido en contacto con muchos casos de asma, tanto en los niños como en los adultos y los ancianos, y he podido notar que pocos mueren de la enfermedad *per sé;* que muchos sucumben a complicaciones; que algunos mejoran y que otros siguen con sus acesos periódicos unas veces, e irregulares otras, casi siempre de noche, sin que la terapéutica haya podido influir a favor de su salud, de una manera satisfactoria y siempre deseada.

OBSERVACIONES SOBRE ANESTESIA RAQUIDEANA: ESTUDIO DE 86 CASOS

Por el Dr. Francisco R. de Jesús.

Al terminar los estudios universitarios tenía yo la impresión de que la anestesia raquídea era una mera curiosidad científica, idea que se afianzó con el transcurso del tiempo, llegando a creer que su uso estaba relegado a alguno que otro osado.

Hace poco más de tres años que visité la Clínica Génito-urinaria de mi antiguo profesor el Dr. Keyes, de Nueva York, y me sorprendió ver que hacían uso rutinario de la anestesia espinal, siendo excepcional el empleo de los demás anestésicos. Habían probado ya este método de anes-

tesia en un número muy grande de casos sin contratiempo alguno y esto me indujo a ensayarlo en el Hospital Tricoche de Ponce. El motivo de este trabajo es dar a conocer mi experiencia con esta forma de anestesia.

El éter, cuyo uso está tan generalizado, no es tan ofensivo como creen muchos. Las estadísticas arrojan una mortalidad que fluctúa entre uno en 50,000 de la Clínica Mayo y uno en 5,000 de Bevan, hasta uno en 500 de muchos hospitales. Hace varios años que nuestro distinguido compañero el Dr. Belaval dirigió una encuesta sobre anestesia a varios hospitales de la Isla y obtuvo por respuesta de dos de ellos, que llevaban records completos, una mortalidad de tres casos en 1666 por éter y tres en 1125 por cloroformo. No soy muy viejo en el ejercicio de la profesión y son varios los casos de muerte que he visto en las salas de operaciones, aquí y en el extranjero, sin otra causa aparente que el anestésico. La mayor parte de nuestros anestesistas desconocen la técnica de la administración del anestésico y la acción fisiológica de la substancia empleada, aumentando esto el riesgo y complicaciones postanestésicas.

Creo por lo tanto conveniente, que teniendo estos hechos en cuenta, nos ejercitemos en la aplicación de otros métodos de anestesia, que debidamente aplicados no arrojen una mortalidad muy alta y que nos libren de muchos de los inconvenientes del éter.

La rizanestesia fué introducida por Leonard Corning en 1885, habiéndose publicado por primera vez el resultado de sus experimentos, en el New York Medical Journal de ese año. Este práctico inyectó cocaina en la espina dorsal de un perro causándole parálisis sensorial y motriz y luego la inyectó al hombre, habiendo pasado sondas sin dolor mediante su aplicación. El Dr. Corning no era un cirujano y por lo tanto no le fué posible aplicar el método extensamente.

Sus trabajos no tuvieron una acogida favorable entre los demás miembros de la profesión en los Estados Unidos y fué necesario que transcurrieran varios años y que los cirujanos europeos, especialmente Bier, de Alemania, y Tuffier, de Francia, dieran nuevo impulso con sus investigaciones al uso de la anestesia medular para que volviera a usarse en América.

El primer gran paso de avance que dió la raquianestesia le fué impartido por el descubrimiento y aplicación de substancias menos tóxicas que la cocaina, como son la estovaina y la novocaina, reduciéndose mediante ellas los accidentes, y el segundo provino de los estudios hechos por el Dr. A. E. Barker, de Londres, que fueron publicados en el 1907, dando cuenta de la importancia que tenía el factor gravedad sobre la distribución de la solución anestésica dentro de la cavidad de la aracnoides medular; pudiéndose limitar la acción del anestésico a la parte baja de la médula y evitando así su acción en los centros respiratorios y vasomotores. La posición de la cabeza y parte alta del tronco deberían guardar cierta relación con la pelvis durante la operación y por algunas horas después, dependiendo esa relación de la gravedad específica de la substancia usada.

He usado la raquianestesia en 86 casos, que se descomponen de la manera siguiente:

Prostatectomías	5
Desarticulación de la cadera	1
Salpingooforectomías	2
Suspensión del útero.......	2
Hernia inguinal	8
Uretrotomías Externas	18
Uretrotomías Internas	12

Perineorrafias	6
Amputación por el muslo...	12
Cistotomías	7
Operación de hemorroides..	6
Fistula del ano	2
Amputación del pene	2
Hidrocele	3

En 85 de los casos se usó la Novocaina de Metz en cristales esterizados en ampolletas que contienen diez centigramos. Estos cristales se disuelven en el líquido cefalorraquídeo devolviendo la solución a la cavidad de la aracnoides medular. No hubo accidente alguno durante estas operaciones y todos los casos tuvieron una buena convalescencia, apesar de haber entre ellos algunos sujetos muy viejos y otros cuyo estado general era muy malo. En el caso restante se usó una solución de estovaina que me fué recomendada por el Dr. Babcock, de Philadelphia, y que contiene alcohol absoluto y ácido láctico con una gravedad específica inferior al líquido cerebroespinal. Tuve en este caso un accidente desagradable, pues el paciente se puso cianótico y se le paralizó la respiración, teniendo que recurrir a la respiración artificial y a estimulantes. Se trataba de una prostatectomía y pudo terminarse la operación, siendo la convalescencia satisfactoria. No volví a usar la estovaina, aunque comprendo que esta experiencia no es suficiente razón para condenar su empleo.

Las únicas molestias que han tenido algunos de estos pacientes han sido fuertes dolores de cabeza, pero que han cedido fácilmente a los calmantes usuales.

Habrase notado que he sido conservador en el uso de esta anestesia y que me he limitado a operaciones de la pelvis para abajo, siendo desde luego mayor el riesgo mientras más alta sea la región anestesiada. Algunos de estos enfermos sintesiada. Sin embargo, no me hubiese atrevido anestesiar algunos de estos enfermos con éter o cloroformo. Uno de los casos de suspensión de la matriz era el de una mujer de 56 años de edad con frecuentes ataques de asma y bronquitis crónica, con un prolapso total del útero y grandes úlceras del cuello y de la vagina. Era esta pobre mujer una verdadera miseria fisiológica. Se le hizo en la primera sesión una reparación del suelo de la pelvis y colporrafia anterior y posterior, habiéndose practicado cuatro semanas más tarde la operación abdominal en que le fué suspendido el útero. Hace ya más de un año de estas operaciones y la enferma se encuentra completamente bien de sus síntomas genitales.

Los casos de obstrucción en la parte baja del trayecto urinario por hipertrofia de la próstata o por estrechez uretral son casos muy apropiados para ser operados mediante la raquianestesia. Débese esto, a que la infección urinaria más la insuficiencia renal, y en los prostáticos su edad avanzada y presión arterial alta, que frecuentemente tienen, hace de estos enfermos malos sujetos para otras formas de anestesia.

Uno de los prostáticos operados tenía más de 70 años con presión arterial muy alta y algunos síntomas urémicos. Llegó al hospital con retención de orina. Se le hizo una cistotomía preparatoria y a las dos semanas la prostatectomía, habiendo tenido buena convalescencia al igual que los demás casos.

Es de considerarse seriamente el uso de la anestesia raquídea en casos de diabetes, las toxemias o en cualquier caso en que el daño metabólico o protoplásmico que pueda causar un anestésico general sea un factor serio en la operación. En las afecciones pulmonares, en las nefrítis, uremia o eclampsia, puede disminuir con-

siderablemente el riesgo de la operación. La relajación muscular que produce es mucho mayor que la de ningún otro anestésico y su poderosa acción estimulante de la peristalsis, relajando al mismo tiempo el esfincter del ano, puede ser valiosísima en casos con gran distención intestinal contribuyendo así a la desentoxicación del enfermo.

Existen, sinembargo, ciertas desventajas con su empleo que es necesario tener en cuenta. Su uso no está generalizado y se presta por lo tanto a críticas. La anestesia no dura generalmente más de una o dos horas, siendo por lo tanto necesario, a veces, recurrir al éter para terminar operaciones largas. No debe tampoco usarse en pacientes que se encuentren en estado de shock, pues una acción importante de esta anestesia consiste en hacer bajar la presión sanguínea, aumentando así la depresión circulatoria.

He querido relatar ante esta asamblea, a grandes rasgos, mis impresiones acerca del uso de la anestesia raquídea. No es mi intención preconizar el empleo rutinario de ella, como no lo haría con ningún otro anestésico, pues creo que todo paciente debe individualizarse; pero sí aconsejaría su uso en muchos casos, como los anteriormente señalados, que son a veces verdaderos problemas quirúrgicos bajo el punto de vista de la anestesia y en los cuales la raquianestesia puede prestar grandes servicios, contribuyendo notablemente a aminorar el riesgo.

MEDICAL NEWS

PROGRESS MADE IN CONTROL OF CANCER

DR. Howard Canning Taylor, of No. 20 West 53d Street, Professor of Clinical Gynecology at the College of Physicians and Surgeons, and President of the American Gynecological Society, was elected President of the American Society for the Control of Cancer at the annual meeting of the Society held in its rooms, No. 370 Seventh Avenue, March 7, 1925. Dr. Taylor, who has been the Society's Vice-president and Chairman of its Executive Committee, succeeds Dr. Charles A. Powers, deceased. Thomas M. Debevoise was re-elected Secretary and Calvert Brewer was again elected Treasurer. Dr. Francis Carter Wood was elected Vice-president.

In the Annual report of Dr. George A. Soper, Managing Director, evidence was presented to show that the efforts of the Society to acquaint the public with the early symptoms of cancer in order that those who were affected may receive speedy treatment had borne fruit throughout the country.

The latest report of the Pennsylvania Cancer Commission showed that in Pennsylvania from 1910 to 1923, the average time between the first symptoms and operation in superficial cancer cases had dropped from 18 months to 14.6 months, and that the average time between which a patient consulted a physician and was operated on dropped from 13 months to 4.5 months. Where deep cancers were concerned, the results were even more striking. Twelve years of educational work had cut down the average time between the discovery of the first symptoms of superficial cancer and the first call on the doctor 20 per cent., and reduced the interval between the patients' first appearance at the doctor's and the beginning of medical treatment 65 per cent. in superficial cancer and 70 per cent. in deep-seated cancer.

Reports from the 53 State Chairmen of the American Society had shown that in each State cases were coming earlier to physicians and consequently with a better prospect of cure. Specific instances could be quoted of lives saved through the Society's work.

The Society's efforts for the year had included systematic work among the public, members of the medical profession, nurses, dentists and students at medical colleges. The Society's publications had all been revised to contain the latest information. Exhibits had been made at many notable meetings of professional men and women.

With reference to clinics, the cornerstone of a permanent institution had been laid in connection with the Medical School of the University of Minnesota, the funds having been provided by Mrs. George Chase Cristian, a member of one of the Society's committees. A temporary clinic had been successfully operated at Fall River, Massachusetts, under the direction of Dr. E. P. Truesdale of that city, aided by Dr. Francis Carter Wood.

In cooperation with the Connecticut Medical Society, the Connecticut Public Health Association and the Connecticut

State Department of Health, the Society had begun a three years' campaign in Connecticut during which it will turn to account the experience it has gained elsewhere in cancer control.

The Director's report showed that inquiries for information have greatly increased during the twelve months. They included letters from physicians of England, Spain, Cuba and Italy who wished information to guide them in the conduct of campaigns for the control of cancer in their countries.

Dr. Soper recommended that during the coming year work be continued along present lines and broadened in some directions; that "cancer weeks" be generally held; that further efforts be made to enlist the cooperation of dentists, nurses and social workers; that the work undertaken in Connecticut be extended to other States, and that the Pennsylvania Survey be duplicated elsewhere in the country.

LAST ANNOUNCEMENT

FOR REGISTRATION ON THE INTERSTATE POST GRADUATE ASSEMBLY CLINIC TOUR OF AMERICAN PHYSICIANS TO CANADA, BRITISH ISLES AND FRANCE

THE medical profession of America who are in good standing in their State Medical Societies and members of their families are cordially invited to participate in the Inter-State Post Graduate Assembly clinic tour to Canada, British Isles and France leaving Chicago May 17 and sailing from Montreal May 23. There is no restriction to territory. Dr. Charles H. Mayo of Rochester, Minnesota will be the presiding officer of the tour and Dr. William B. Peck of Freeport, Illinois, Managing-Director.

The following distinguished members of the profession and citizens of the foreign countries are in charge of the arrangements in the clinic cities: *Toronto*: Dr. Alexander Primrose, Dean of the University of Toronto. Clinics will be conducted in the different branches of medical science at the Toronto General Hospital, the Medical Building of the University of Toronto and other Institutions of the city. *Montreal*: Dr. Charles F. Martin, Dean and Dr. Jonathon C. Meakins, Director of the Department of Medicine of McGill University. *London, England;* Mr. Philip Franklin, F. R. C. S., Director of the American Hospital and Honorary Organizer; Sir Humphry Rolleston, Bt., President, Royal College of Physicians; Sir St. Clair Tomas, President of the Royal Society of Medicine; Sir William Hale White, Retiring President, Royal Society of Medicine; Sir William Arbuthnot Lane; Sir Holburt J. Waring, Chairman of the medical program committee; Mr. W. Girling Ball, F. R. C. S.; Mr. H. W. Carson, F. R. C. S. and the honorary secretaries of the different specialties.

Special social features of the London program will include the conferring of the Honorary Membership of the Association upon H. R. H. Duke of York, the Rt. Hon. Austen Chamberlain, Minister of

Foreign Affairs; Rt. Hon. Neville Chamberlain, Minister of Health; Sir Alfred Bower, Lord Mayor of London; Lord Desborough, Chairman of the Pilgrims Society; Sir Humphry Rolleston, Bt., President Royal College of Physicians; Sir John Bland Sutton, President Royal College of Surgeon; Sir St. Clair Thomson, President Royal Society of Medicine; Sir Holburt J. Waring, Chairman of Medical Program Committee; Sir John Y. W. MacAlister, Secretary Royal Society of Medicine.

Receptions and luncheons will be given by the Lord Mayor of London, the Presidents of the Royal Societies of Medicine and Surgery, the English-Speaking Union, the Pilgrims' Society, American Chamber of Commerce and members of the British Government.

Liverpool: Sir Robert Jones, Mr. R. E. Kelly, F. R. C. S. and members of the staffs of the following hospitals: Royal Infirmary, Royal Southern Hospital, Northern Hospital, Liverpools Stanley Hospital, Royal Liverpool Children's Infirmary, Hospital for Women, Liverpool Maternity Hospital.

Manchester: Sir William Milligan and members of the staff of the Royal Infirmary.

Leeds: Sir Berkeley Moynihan and members of the staff of the University of Leeds.

Dublin: Sir William DeCouroy Wheeler, Part President of the Royal College of Surgeons of Ireland, Honorary Organizer; Sir William Taylor; Sir Arthur Ball; Sir Robert Woods and their colleagues. The clinic work will be distributed among nine hospitals. The Governor-General of the Irish Free State Has invited the Assembly to a Garden Party at the Government House. A reception committee has been formed consisting of the Provost of Trinity College; President of University College; President, Royal College of Physicians; President, Royal College of Surgeons; President, Royal Academy of Medicine, and President of Association of Surgeons. These gentlemen, separately or collectively will entertain the Assembly on the night of its arrival. The Hon. Lady DeCouroy Wheeler is organizing a Ladies' Committe to take care of the visiting Doctors' wives while the doctors are at work.

Belfast: Prof. Andrew Fullerton, C. B., C. M. G. Head of the department of Surgery, Queen's University, Chairman; Sir Thomas Sinclair, Emeritus Prof. of Surgery and a member of the House of Parliament; Prof. W. W. D. Thomson, Head of the Department of Medicine: Prof. R. J. Johnstone, Head of the Department of Gynecology; Prof. C. G. Lowry, Head of the Department of Obstetrics; Prof. J. E. MacIlwaine, Head of the Department of Therapeutics and Pharmacology; Dr. A. J. Craig and Dr. H. Hanna, Department of Ophthalmology and Otology; Prof. Symmers, Head of the Department of Pathology and Dr. Thomas Houston (Haematologist). In presenting the clinics and demonstrations the teaching staff of Queen's University will be associated with that of the Royal Victoria Hospital.

The social features will include a Garden Party given by Sir James and Lady Craig, Prime Minister of Northern Ireland at Stormont Castle.

Glasgow: Sir Donald MacAlister, K. C. B., Proncipal of the University of Glasgow, Chairman; Dr. James Carslaw, Secretary and members of the staff of the medical department of the University of Glasgow.

Edinburgh: Sir Harold J. Stiles, Head of the Department of Surgery, University of Edinburgh, Chairman; Dr. John D. Comrie, Secretary; Sir Norman Walker; Sir David Walace; Sir E. A. Schafer and associates at the University of Edinburgh and the Royal Infirmary.

Newcastle-upon-Tyne: Mr. George Grey Turner, F. R. C. S. and associates on the staff of the Royal Infirmary of Newcastle and the University of Durham.

Paris: Prof. Theodore Tuffier of the surgical department Faculty of Medicine, Paris, Chairman; Dr. T. de Martel Secretary. Practically all the hospitals of Paris are contributing programs for the benefit of the American physicians.

Among the numerous social functions of Paris are the following: A reception given on June 22nd by the Academy of Medicine; a large reception given in honor of the American physicians by the Municipal Council of Paris at the Hotel de Ville (City Hall); an evening reception and banquet by the Inter-Allied Assembly and a reception by Professor Tuffier at his country home, which is located near Versailles. Honorary memberships will be conferred upon distinguished Statesmen, Soldiers and citizens of France.

The tour is being conducted as the result of an invitation extended to the American physicians through this Association by the leading universities and medical institutions of Canada, British Isles and France.

Clinic space in all the clinic cities has been arranged so as to accommodate five hundred physicians. The clinics will cover every branch and specialty of medical science. The price of the tour, including expenses under $1000.00.

Two ships have been chartered to take the physicians abroad, the "Ansonia" of the Cunard Line and the "Doric" of the White Star Line. They are fine new one-cabin ships with excellent appointments. Trans-Atlantic professional programs will take place on board both ships Eastbound and will be participated in by the physicians of the tour.

Reservations can be made by sending the reservation fee of $65.00 per person to Dr. William B. Peck, Managing-Director, Freeport, Illinois. There are plenty of first-class accommodations available.

The registration March 17th was 375 physicians and total number, including members of the physicians' families 325. Forty-one states are represented, and quite a number of provinces of Canada.



145

SUMARIO

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA TRES MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA.

Año XIX. SEPTIEMBRE 1925. Número 149.

NO VACILAREMOS

En una carta dirigida a los alcaldes y asambleas municipales de la Isla, acompañada por la Resolución de la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico regulando el mínimum de sueldo que deben percibir nuestros médicos titulares, decíamos: "Puerto Rico ha estado constantemente pagando un oneroso tributo en vidas y riquezas a la indiferencia de nuestro pueblo, de nuestra clase médica y de nuestro gobierno, en materia de medicina regional. Cientos de miles de vidas y cientos de millones de dólares ha costado a Puerto Rico el parásito de la uncinaria, reduciendo considerablemente la vitalidad y fuerza productiva de nuestra población rural. Cientos de miles de vidas y cientos de millones de dólares se continúa todavía pagando aquí como tributo a la ignorancia o a la indiferencia, pues poniendo en práctica los más elementales dictados de la medicina moderna, se reducirían notablemente las grandes pérdidas de energía y de vidas producidas por las enfermedades infantiles, la tuberculosis, la malaria, la misma uncinaria, y otros capitanes de la muerte. ¿Y debe Puerto Rico continuar todavía por esa desgraciada pendiente, aumentando a diario la enorme cifra de nuestra indigencia y convirtiendo a la mayoría de su pueblo en un conglomerado de infelices enfermos, sin sacar enseñanza práctica alguna de la dura experiencia del pasado?"

Por fortuna nuestra clase médica, siempre alerta, reconoce el valor inestimable de las campañas de educación pública y por ello, recientemente promulgó su "Declaración de Principios", exponiendo en detalle la amarga situación por que atraviesa el país, la labor de beneficio colectivo que trata de rendir la clase médica insular, y el bien enorme que una cooperación de esfuerzos públicos y médicos podría rendir a la comunidad.

El Departamento de Sanidad, en sus últimos años, gracias al apoyo que le ha dado la Legislatura, ha podido desarrollar la fase médica, empezando ya a verse el fruto de la intensa campaña que viene realizándose.

Pero, por desgracia, los gobiernos municipales continúan todavía indiferentes a todo movimiento que signifique progreso en materia de beneficencia, pues, ni aun cuando la Asociacion, con el mejor buen deseo, les ofreció gratuita y espontáneamente sus servicios para estudiar el status actual de la beneficencia muni-

cipal, con la esperanza de mejorarlo, ya que a más bajo nivel no puede descender, estos organismos, quizás demasiado celosos o demasiado conservadores, por no llamarlos de otra manera, nos dieron "la callada por respuesta".

Es tanta la abyección a que se ha llegado en materia de beneficencia municipal, que ya se conceptúan nuestros médicos deprimidos al tener que aceptar una titular. Esto se explica fácilmente, cuando se da uno cuenta de que la labor y esfuerzo que se les exige es superior a toda resistencia humana, pues tiene que atender cada titular, aproximadamente, a un promedio de unos cinco mil indigentes, o quizás más, diseminados en un área generalmente de más de veinte millas cuadradas. ¿Cómo es posible que se pueda atender a cien enfermos al día, que vendrían a ser la proporción natural que arrojaría esa cifra de población, calculándose solamente la base común del dos por ciento? Quedan así frustrados todos los buenos deseos del médico y defraudadas las esperanzas de los infelices enfermos. Y como el vulgo cree que basta que el médico, lápiz en ristre, saque el formulario del bolsillo para que en cinco minutos pueda hacerle una receta que los libre de todos sus males imaginarios, o reales, es siempre culpa del médico, *por su mal corazón,* sino reciben enseguida los beneficios que la medicina les brinda. ¡¡¡Siempre el pobre médico!!! Siempre sobre el pobre médico recae toda la culpa. Nuestros políticos de pueblo, al no poder cumplir las promesas halagüeñas que le hacen a su electorado en la época eleccionaria, echan sobre el pobre médico el fardo de las desventuras del pueblo indigente.

Si a esto añadimos que los titulares reciben un estipendio menor que ningún otro profesional dedicado a trabajo técnico, la situación se agudiza, pues tiene el práctico, irremediablemente, que dedicarse a su clientela privada para poder llenar las necesidades de su familia, todo en detrimento de su ministerio público.

Comprendiendo la Asociación que la cuestión de sueldos era una de las muchas causas de descontento y de desatención por parte de los titulares, ya que no podían por sueldos irrisorios dedicarle el tiempo que el cargo demandaba, resolvió establecer un mínimum especificado de emolumentos para esta clase de servicios. Es el objeto que los municipios puedan no sólo escoger mejor sus médicos de acuerdo con las necesidades de cada localidad, sino que a la vez pudieran éstos prestarles la atención correspondiente a su trabajo de titular, ya que estaban recibiendo un sueldo adecuado.

Esta iniciativa también recibió "la callada por respuesta".

Toca, pues, a la Asociación Médica de Puerto Rico, respaldada por el consensus de opinión de la clase médica insular, hacer sentir a quien corresponda el efecto moral y práctico de su influencia, ya que tan poca atención se aparenta dar a problema tan vital como la salud pública.

Los Médicos de Puerto Rico demostraremos estar preparados, tanto para llenar nuestro ministerio profesional como para sentar el ejemplo saludable que Puerto Rico espera que sentemos, como profesionales conscientes y hombres de criterio y de carácter.

Y si para ello hay que imitar el gesto digno de la Asociación Médica Británica y el de los compañeros de Valencia, no vacilaremos.

The Porto Rico Health Review

Está actualmente compartiendo con nosotros la responsabilidad de dirigir la opinión médica insular, como naturalmente debe hacerlo la prensa médica de cada país, el organismo oficial del Departamento Insular de Sanidad, que ha acabado de ver la luz pública.

La Junta Editora de la "Porto Rico Health Review" constituye en sí una garantía de seriedad y solvencia científica. El Departamento de Sanidad, como apuntamos en nuestro editorial anterior, bajo la dirección del Dr. Ortiz ha desarrollado hábilmente su fase médica, esencialísima, a satisfacción general. Por eso la "Porto Rico Health Review", haciéndose vocero de esa labor emprendida, es, en sí, una promesa feliz.

En nuestra mesa de redacción, fué conceptuada como un colaborador más, que a estimularnos venía, a la vez que a ofrecernos el acervo de la opinión médica oficial. Para todos, nuestra bienvenida.

La vida de esta nueva revista está asegurada de antemano, pues cuenta con la influencia, el prestigio y los recursos que posee el Departamento de Sanidad.

Si la Asociación Médica de Puerto Rico, representada a este resecto por su organismo oficial, pudiera en algo, también, contribuir a hacer más eficiente su labor, gustosa y fraternalmente nos ponemos a sus órdenes.



NUESTRO LABORATORIO BIOLOGICO Y NUESTRA CLASE MEDICA

Dr. Pablo Morales Otero
Director del Laboratorio Biológico Insular.

La educación de nuestro pueblo marcha despacio, pero marcha adelante, y el número de individuos que comprende la necesidad de un examen sistemático de una historia detallada y del uso del laboratorio para llegar a formar un diagnóstico, (requisito indispensable para su tratamiento), va siendo cada día mayor.

Cada caso aislado necesita un cuidadoso estudio, y en estos tiempos modernos no es posible un estudio completo sin utilizar los varios métodos que el laboratorio nos ofrece. El valor de estos resultados depende seguramente de dos factores principales, la forma y cuidado con que son hechos y la habilidad y corrección con que sean interpretados.

Desgraciadamente, en muchas ocasiones, la importancia que se le dá al informe de laboratorio resulta exagerada y se considera como algo separado de los demás medios de diagnóstico. Que esto es verdad, nadie puede negarlo, cuando a diario se ven centenares de casos con el diagnóstico de sifilis, tuberculosis, tifoidea, por ejemplo, descansando exclusivamente en un examen serológico de sangre por Reacción Wassermann, en un examen de esputo o en una Reacción Widal, o lo que es peor, las posibilidades de un diagnóstico en estas enfermedades, son descartados por el hecho de que los informes del laboratorio acusan un resultado negativo.

Los métodos del laboratorio son un factor importante y a veces necesario en la formación de un diagnóstico; pero no deben ser exaltados al extremo de olvidar otros métodos de examen y estudio que completarían la elaboración de un diagnóstico.

No es la función del Laboratorio hacer un diagnóstico, ni rendir un informe que sea único o predominante base de un diagnóstico; no es el informe, sino la interpretación del mismo, en relación con toda la información obtenida por la historia clínica, examen del paciente, etc., loq ue justifica la formación de un diagnóstico.

Queda, pues expresado, que el informe de laboratorio es solamente una parte de la información que necesita el clínico, para ser unida a otras obtenidas por distintos métodos, y después de aquilatar sus méritos y su importancia, interpretarlas de acuerdo con sus conocimientos y habilidad en el ejercicio de su profesión.

Sentada esta verdad, tenemos que llegar a la conclusión de que no puede o no debe haber laboratorio si no hay clínico. Un laboratorio por sí solo, no puede, no debe existir.

LABORATORIO.

En el Departamento de Sanidad de Pto. Rico, tenemos un laboratorio que llama Laboratorio Biológico; está completamente equipado para hacer cualquier investigación clínica para fines de diagnóstico y presta especial atención a los casos de enfermedades *Transmisibles* y *Contagiosas*. Pero este Laboratorio, con todo su personal y equipo, resulta ineficiente si no contamos con la cooperación y buena voluntad de toda la clase médica de la Isla.

Actualmente tenemos la cooperación de una inmensa mayoría pero hay una parte que bien por apatía, o por otras causas no usa los servicios de ningún laboratorio. A ese pequeño número dedicamos estas líneas.

REGLAMENTACION:

La reglamentación del Laboratorio, actual, consta de dos partes: la reglamentación externa, que está a cargo del Comisionado de Sanidad, y la reglamentación interna a cargo del Director del Laboratorio. Daremos a continuación un resumen de las mismas:

REGLAMENTACION EXTERNA, (hecha por el Comisionado de Sanidad):

1—La Isla es dividida en dos distritos: la parte norte enviará sus muestras al Laboratorio Biológico de San Juan y la parte sur, al Ramal del Laboratorio Biológico establecido en Ponce.

2—Los análisis bacteriológicos de agua y exámenes patológicos, incluyendo las masas encefálicas de los animales sospechosos de rabia, se harán exclusivamente en San Juan.

3—Las oficinas Locales de Sanidad quedan encargadas del envío de las muestras que recibirán de los médicos de la localidad y de hacer llegar a éstos, a la mayor brevedad, los resultados de las mismas.

4—El material de Laboratorio (envases para muestras) será enviado por el Laboratorio Central a las oficinas locales de sus distritos prévia requisición aprobada por el Comisionado de Sanidad.

De esta reglamentación, la regla número 3 ha tenido la oposición de parte de la clase médica fundándose:

1—En que el envio de la muestra a la oficina local resulta una dilación perjudicial e innecesaria.

2—Que los inspectores de Sanidad divulgan el resultado del examen antes de llegar a manos del médico.

3—Que muchas veces, por negligencia de la oficina local, las muestras no llegan a su destino con regularidad.

El Comisionado, al dictar esta regla, tenía en cuenta la poca disposición de la clase médica a informar los casos de enfermedades transmisibles y al hacer que el resultado pasase a manos de la oficina local, fué para que éste se enterase y tomase las medidas pertinentes en los casos de enfermedades transmisibles y contagioas. De todos modos la cuestión ha vuelto a plantearse y esperamos que se llegue a una solución satisfactoria.

REGLAMENTACION INTERNA:

1—Este Laboratorio se dedicará exclusivamente a trabajo de laboratorio con fines sanitarios, dando atención especialmente a todo aquello relacionado con las Enfermedades Transmisibles y Contagiosas.

2—No se harán exámenes a *personas pudientes*, salvo en caso de enfermedades transmisibles o en cualquier ocasión en que se haga un servicio a la salud pública en general.

3—Será requisito indispensable para recibir o tomar una muestra, que venga acompañada de su parte de remisión *firmada por un médico.*

Esta regla número 3 ha tenido también la protesta del público que estaba acostumbrado a tratar sus muestras sin ese requisito; pero el espíritu de esa regla es bien conocido. No vamos a hacer investigaciones viciosas porque Juan o Pedro así lo deseen. Queremos que cuando el paciente llegue a nuestro laboratorio haya sido visto por un médico, que de acuerdo con el historial y examen físico del mismo, nos sugiera el examen o los exá-

menes que a su juicio ayudarían al diagnóstico diferencial del caso. Entonces los exámenes aquí verificados completarían los datos para formar el diagnóstico y proceder de acuerdo con el mismo.

TRABAJO DEL LABORATORIO:

Actualmente el Laboratorio hace todo el trabajo remitido por los médicos del distrito por conducto de las oficinas locales. Las investigaciones que más se solicitan por este medio son: la Reacción de Fijación de Complemento para Sífilis la Reacción Widal, exámenes de excreta, orina, sangre para Malaria, y Contage Diferencial, esputos, exudados naso-faríngeos para Difteria y Lepra, etc.

Además se lleva a cabo todo el trabajo de laboratorio de las instituciones del gobierno, como: Penitenciaría, Manicomio, Asilo de Niños y Niñas, Sanatorio Antituberculoso, Leprocomio, U. S. P. H. S., y Ejército de los Estados Unidos.

Hay otra parte del trabajo que es puramente sanitaria, como exámenes de agua para el consumo público, contages bacteriológicos de leche, hielo, helados, limonadas, etc., para el consumo humano, exámenes patológicos de carnes y exámenes de exudados, transudados y secreciones de animales domésticos que sufren de alguna enfermedad transmisible o contagiosa.

De todas las investigaciones llevadas a cabo, la que más se solicita es la Reacción de Wassermann. De 36,000 muestras examinadas este año, 16,000 o sea el 44% de ellas son reacciones, de Fijación de Complemento para Sífilis.

A primera vista la cifra parece exageradísima, pero tenemos que añadir que de esas 16,000 el 28% dió un resultado positivo en los exámenes de sangre y un 34.7% en los líquidos céfalos raquídeos.

Le sigue la cifra de Parásitos Intestinales con un 51% de casos que tenían algún parásito. Después la de Tuberculosis con un 39.1% de positivos por B. de Koch entre los esputos examinados. Esta cifra era mucho más alta, pero ha bajado mucho, pues los dispensarios de Tuberculosis del Departamento remiten las muestras de todo paciente que va por primera vez al dispensario y un gran número resulta negativo, bajando la cifra total de la Isla.

Del gran número de preparaciones de sangre para examen microscópico por malaria solo hemos obtenido el 15% de casos positivos divididos en la forma siguiente:

Plasmodium	Vivax,	8.3 %
"	Falciparum,	5.0 %
"	" y Vivax,	1.4 %
"	Malariae,	.29%
"	Estivo automnal,	.19%

Este promedio sube notablemente cuando se hacen índices aislados de las zonas palúdicas como Barceloneta, Salinas o Fajardo.

A continuación publicamos los resulta dos obtenidos de las muestras remitidas de Barceloneta:

Por ciento total de infección, 31.67% descompuesto de la manera siguiente:

P. Vivax	11.39%
P. Falciparum	16.04%
P. Falciparum y Vivax . .	3.60%

En las instituciones del gobierno se llevan a cabo toda clase de investigaciones para fines de diagnóstico, a solicitud de los médicos de las mismas.

A continuación publicamos dos cuadros demostrativos para dar una idea del trabajo verificado:

CUADRO COMPARATIVO

Demostrando el % de infección por Sífilis en el Manicomio y Presidio (de acuerdo con los datos del Laboratorio).

	MANICOMIO	PRESIDIO
% de Positivos, (††††)	12.8	17.11
% de Positivos, (†††)	7.6	6.94
% de Positivos, (††)	15.2	13.11
% de Positivos, (†)	4.3	0.26
% total de Positivos,	40.0	37.45

CUADRO DEMOSTRATIVO

Del % de infección por parásitos intestinales en el Manicomio, Presidio y Asilo de Niñas:

	MANICOMIO	PRESIDIO	ASILO DE NIÑAS
Uncinaria,	9 %	52.9%	10.14%
Tricocéfalo,	81 %	35.0%	90.00%
Ascaris,	3 %	7.0%	18.20%
Angilula,	0.4%	4.6%	1.80%
Bilharzia,	0.8%	0.0%	1.90%
Balantidium,	0.4%	0.0%	0.00%
Oxyuris,	0.0%	2.3%	0.00%

El Laboratorio ha hecho un gran número de vacunas autógenas para distintos facultativos y han sido empleadas en otitis medias, condiciones patológicas de las vías respiratorias, sprue, prostatitis, etc., etc.

Conservamos un sinnúmero de datos muy interesantes en cuanto a la preperación y administración y resultados obtenidos con estas vacunas y los creemos de tal importancia, que merecen ser tratados ampliamente en otro trabajo.

CONCLUSIONES.

1—Que el uso de los métodos de Laboratorios en Puerto Rico ha aumentado y aumentará considerablemente:

(*a*) Debido a la necesidad que tiene todo médico moderno de usar constantemente los métodos de Laboratorio, bien para ayudar a elaborar un diagnóstico o para corroborarlo.

(*b*) Por la educación y conocimiento del público de la importancia de los métodos de Laboratorio.

2—Que el Departamento de Sanidad tiene establecido su laboratorio para fines de salud pública y que este laboratorio necesita la cooperación de toda la clase médica del país para llenar su cometido.

3—Que el laboratorio no formula un diagnóstico, sino que rinde un informe para ser interpretado de acuerdo con las observaciones del clínico. Que esa interpretación es de suma importancia y que unida a todos los demás datos obtenidos por el historial y examen clínico, constituye la base para la elaboración del diagnóstico.



THE APPLICATION OF NEWER METHODS IN BLOODCHEMISTRY TO CLINICAL MEDICINE (*)

Renee von E.-Wiener

(*Delivered before the New York Academy of Medicine, May 21st,* 1925.)

The blood together with the lymph provides a vehicle for the chemical correlation of the cells of the body. Any changed condition in the tissue fluids will be promptly reflected in its composition and conversely any change in the basic constituents of the blood will affect the composition of the tissue fluid and hence of the tissue juice within the cells. Disturbances in the function of the organs of elimination as well as abnormalities in the intermediary metabolism of the body will affect the composition of the blood.

The composition of the blood is also materially affected by the ingestion of food and the intensity of the catabolic processes. While the concentration of certain basic components such as water, inorganic salts and proteins is affected to only a slight extent, the concentration of food substances being conveyed to the tissues as well as the concentration of waste material varies within wider limits and for a greater period of time. It follows that for very exact work a diet of standard chemical composition for a few days preceding the blood test is necessary, for clinical work it suffices to obtain the sample from the subject in a morning fasting condition. For a determination of the basic constituents which are only transitorily affected by food ingestion a three hour interval between food intake and securing of blood sample is sufficient.

About 80 per cent, of the blood is water. Various gases, inorganic salts and organic compounds are held in true solution. The more complex organic compounds, such as proteins, higher carbohydrates, lipoids, etc., are held in colloidal solution, while fats, especially shortly after absorption, are present in finely emulsified form. Structurally the blood is a suspension of cellular elements in this heterogenous solution, the plasma. The components of the blood, most of which are present in minute concentrations, are unequally distributed between the corpuscles and the plasm. Certain organic as well as inorganic components do not penetrate the erythrocytes or if so only in extremely small proportion. Fatty acids and lipoids as well as the plasma proteins are also adsorbed to a certain extent on the surface of the erythrocytes. It is best to employ plasma rather than whole blood for the quantitative determination of its constituents, except for those components which are present in nearly equal or even greater concentration in the corpuscles than in the plasma. Many of the blood constituents of clinical importance are present in minute concentrations and the need of precautionary measures to avoid contamination by foreign substances must be realized. When the blood is obtained from the subject not in a morning fasting condition but after a three hour fast the time when the last meal

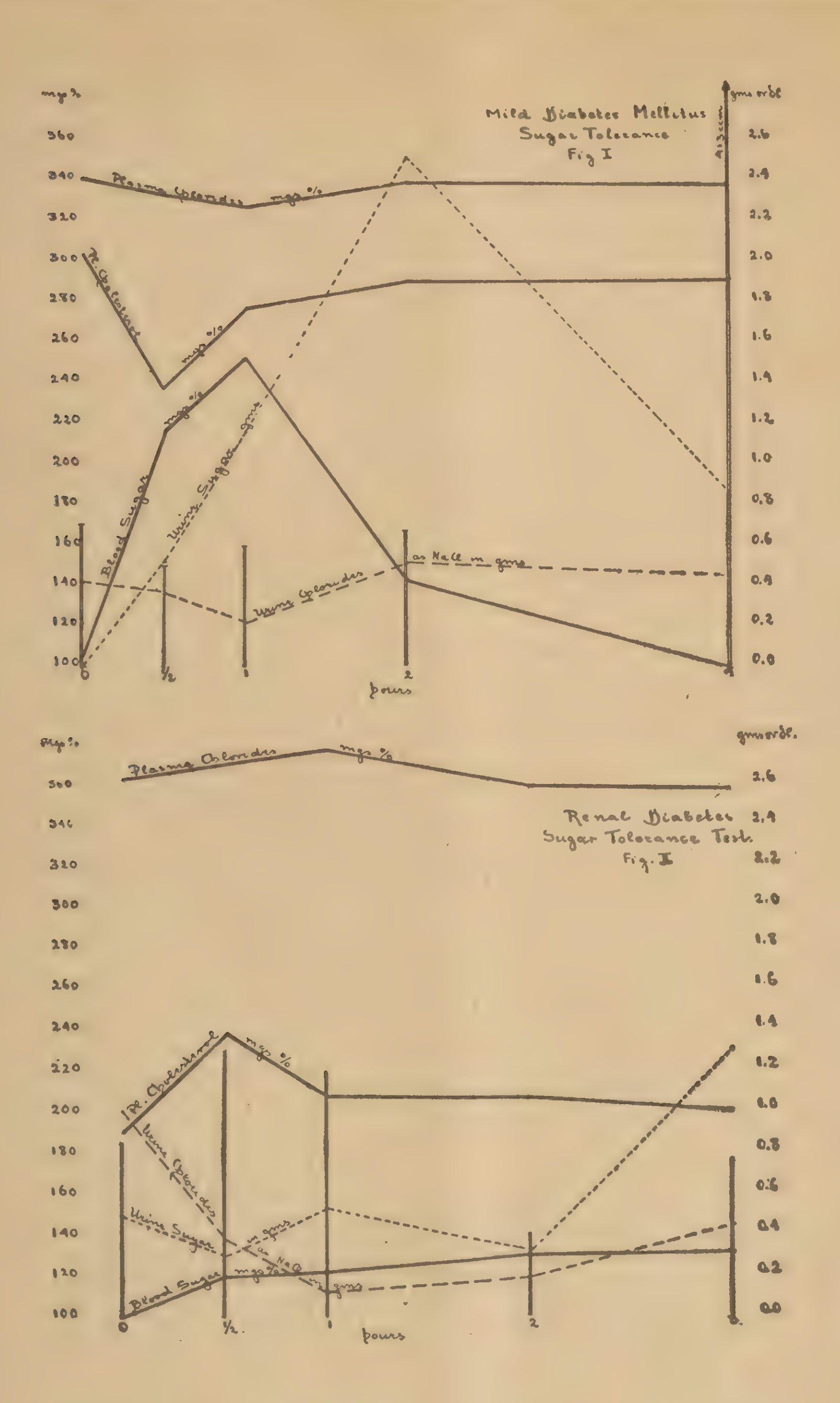
(*) Courtesy of The Bulletin of The New York Academy of Medicine, Second Series. Vol. 1, No. 6, August, 1925.

had been completed and the amount of food taken expressed in gms of carbohydrate, protein and fat should be noted. To insure that the Luer syringe as well as the needle employed are chemically clean and sterile, the syringe must be washed with tap water, followed by two rinsings with distilled water and dried over night at a temperature of 110° Cent. The needles may be dried with alcohol and ether. Sterilization by boiling in tap water does not insure a chemically clean apparatus and causes errors not only in the calcium determination but also in other analyses of the blood. Before delivering the drawn blood into a chemically clean and sterile glass flask, containing a measured amount of anticoagulent, the needle should be detached to avoid damage to the blood corpuscles.

The use of Sodium citrate as anticoagulent does not interfere with the determination of plasma Calcium, nor does it render the determination of plasma Fibrinogen more difficult, as is the case when oxalate is used The employment of Sodium citrate as anticoagulent is entirely satisfactory only if it has been recrystallized, finely ground in a steel or agate mortar, and introduced into the flask in a dry state. Introduction of the citrate in solution and allowing it to dry causes the formation of larger crystals which dissolve too slowly when the blood is added. The minimum amount of Sodium citrate which will prevent coagulation is 4 mgs per ccm of blood, the maximum amount which may be used without danger of causing hemolysis or affecting certain determinations is 10 mgs per ccm of blood. For clinical work it is best to keep within the limits of 4 to 8 mgs per cm of blood. For research work a constant proportion must be maintained.

While determinations of a single component are often of clinical value in following a case, a more complete picture is obtained by a coincident analysis for the concentration of other elements, and the diagnostic value of the quantitative analysis may thereby be enhanced.

Such analyses have been made for a number of years and the determinations show in the following tables were chosen as representative from a great number of cases. Table I gives the determinations of the Blood Sugar, Plasma Calcium, Chlorides and Cholesterol and the Serum Proteins in Glucosuria, *i.e.*, uncomplicated Diabetes Mellitus, Diabetes Mellitus with complications and the so-called Renal Diabetes. On the first line of the table the limits of normal concentrations are shown. It is interesting to observe that while the Plasma Calcium in uncomplicated Diabetes Mellitus is at the high normal level, if not actually increased, in the cases complicated by Arterio sclerosis and Myocardial insufficiency it is almost always at the low normal level or decreased below the normal concentration. In renal diabetes the Calcium concentration remains within the normal concentration. In renal diabetes the Calcium concentration remains within the normal limits. The chlorides in true Diabetes Mellitus are usually decreased below the normal level while in the renal diabetic cases they are increased above the normal limit or at least a high normal. One case of renal diabetes was put on a salt free diet. The chloride concentration became normal and the calcium, which had alyways been within the normal limits increased slightly above the normal. The concentration of the sugar in the urine decreased from and average of 2 per cent. with a blood sugar of 100 mgs per cent. to an average of 0.8 per cent. with the same blood sugar concentration.


Mild Diabetes Mellitus
Sugar Tolerance
Fig I
Plasma Chlorides mgs %
Blood Sugar
Urine Sugar gms
Urine Chlorides
as NaCl in gms
hours
Plasma Chlorides mgs %
Renal Diabetes
Sugar Tolerance Test.
Fig. II
Urine Sugar
Blood Sugar
hours

The volume output remained the same and the decrease in percentage cannot be ascribed to greater dilution. The concentrations of the Serum Proteins are high in Diabetes Mellitus and in Renal diabetes, especially the Albumen fraction. Coincident with the decrease in the Calcium concentration in the complications mentioned the Albumen fraction is also found decreased. The Cholesterol in true diabetes is usually increased in Renal Diabetes it is normal.

The changes in the concentrations of Blood Sugar, Chlorides and Cholesterol as well as the excretion of Sugar and Chlorides in the Urine have been followed during Sugar Tolerance tests on true diabetics and renal diabetics. Figure I shows the typical curves of mild diabetes mellitus, figure II those of renal diabetes. The curves have been selected as characteristic from a total of twenty cases.

Aside from the characteristic and well nown difference in theblood sugar curve, there is also a difference in the cholesterol and in the chloride curve. In cases of diabetes mellitus there is usually a slight drop in the chlorides and a drop in the cholesterol 30 minutes after glucose ingestion. The true renal diabetic at 30 minutes post glucose ingestion shows a decided rice in cholesterol and a slight rise in the plasma chlorides, resembling the normal but in a more accentuated form. The curves of sugar excretion of these types also varies. In true diabetes mellitus the curve reaches its peak shortly after the blood sugar curve has passed its peak and at the fourth hour the excretion is materially decreased. In renal diabetes the peak of the surgar excretion is not likely to be reached or passed within the period of the experiment. The chlorides excretion curves do not differ materially. The volumen output also differs. It is delayed in diabetes mellitus while in renal diabetes the fluid taken is excreted to a great extent in the carly period of the experiment. The vertical lines in Figs. I and II indicate the volume output. There was no change observable in the concentration of Calcium or Sedum proteins other than that accounted for by a very slight change in cell volume. This observed change of fluid to cell mass in the blood was however not sufficiently great to account for the changes in the chloride and cholesterol concentration.

The cases of impaired kidney frunction (Table II) may be divided into two main groups: the azotaemic type and the hydraeemic type.

In the azoteamic type the serum proteins are a low normal or slightly decrreased. There is no consistent decrease in the calcium concentration nor increase in the chloride concntration. The fibrinogen is slightly increased. Subjective symptoms and clinical examination frequently lead to the presumption of the existence of a focus of infection in the absence of focal symptoms. In such cases the determination of cholesterol and fibrinogen as well as the sedimentation rate is of considerable clinical value especially if interval analyses are made. With azotaemia there is always a reduction in the concentration of the urine uric acid excretion which may be compensated for by an increase in the volume output, without a market or consistent uricacidemia.

The simultaneous determination of uric acid in the blood and urine as well as the determination of the urine uric acid excreted during twenty-four hours is of value not only in cases of renal insufficiency but also in uricacidemia without retention of other nitrogenous metabo-

lites. The kidneys in health concentrate uric acid approximately twenty times but concentration as high as sixty times may endogenous or exogenous origin may raise occur. An excess supply of uric acid of the blood uric acid concentration even in the absence of renal insufficiency. Again, with a limited supply of uric acid and an increased volume output its content in the blood may not be raised beyond the high normal level despite a decreased ability of the kidneys to concentrate it. The two factors, production of uric acid in the tissues and possible destruction in the blood or special organs, on the one hand, and excretion by the kidneys, on the other hand, are quite unrelated.

If the blood and urine specimen are obtained from the subject, one hour after the first voiding and in a morning fasting condition. which includes fasting from water, the ratio "mgs per cent. Urine Uric Acid / mgs per cent. Blood Uric Acid" will normally lie between 20 to 35. The ratio "mgs Uric Acid in 24 hrs./mgs per cent. Blood Uric Acid" on a purine free diet for a healthy individual is 250 to 350. In mild kidney deficiency the single specimen ratio will always be low, while the twenty-four hour ratio, due to an increased volume output may be normal, and the blood uric acid not increased above the high normal level.

The hydraemic type may again be divided into two groups. "A" The chloride content of the blood is materially increased while the serum proteins are not reduced or only very slightly so. "B" The chloride concentration is normal or only sligtly increased but the concentration of the Se. proteins, especially the albumen fraction, is very much lowered. The calcium concentration is below normal and the fibrinogen and cholesterol are very much increased. Determinations on this type are shown in table II. In this group of cases there is decided retention of water in the tissues and this is due to a defective osmotic-filter apparatus, that is reduction of serum protein concentration, which may be followed or accompanied by a slight chloride retention. The nitrogenous waste products are not increased, or only slightly so, the alkali reserve, the pH and the inorganic phosphorus are normal or only very slightly changed. The usual tests for renal function, except water and NaCl elimination, are normal or only slightly subnormal. The cell volume of the blood is usually not reduced. The reduction in the Se. proteins occurs to the largest extent in the albumen fraction and the ratio "Albumen/Globulin" is therefore materially decreased. A ratio below 1 is often encountered; a ratio below 0.5 indicates a severe condition. The fractionational precipitation of the proteins must be carried out immediately after the sample has been obtained. If the blood or plasma is allowed to stand, especially if exposed to sunlight or if an excess of anticoagulent has been used, a change in the solubility of the albumen fraction may occur which causes a reduction in its concentration and an increase in the concentration of the globulin fraction.

The decrease in the calcium conc. runs parallel to the decrease in the albumen conc. The rise in the fibrinogen and cholesterol recalls the increase in these substances observed in chronic infections. Coincidenlty the sedimentation rate is very much increased. Improvement in the condition is reflected by a decrease in the sedimentation rate and repeated estimations of the rate in such cases, as in cases of infectious diseases, *e.g.*, T. B., furnishes a guide, other things being

equal, of the progress or retrogression of the disease.

Blood chemistry determinations in the toxemias of pregnancy are shown in table III. The average typical concentrations which obtain during the course of a normal pregnancy are shown as well as blood chemistry estimations representative of the four types of Toxemias.

In normal pregnancy there is a steady increase in the cholesterol and fibrinogen conc. progressively during the pregnant term. There is a reduction in the cell vol. and this reduction may account for the slight decrease in plasm Ca. concentration towards the termination of the pregnancy. The chloride concentration in normal pregnancy is increased above the normal during the later months. There is a slight reduction in the Se. proteins but the ratio Alb./Glob. remains normal.

The Toxemias may be divided into four groups: "A" Vomiting of pregnancy, "B" Toxemia with retention, "C" Toxemia with uricacidemia, "D" Eclampsia.

"A." Depending upon the severity of the vomiting the chloride content of the blood may be increased if the loss of fluid is relatively greater than the loss of HCl from the stomach, or decreased if the reverse is the case, a secondary factor being the degree of chloride storage in the tissues. Slight acidosis is often present. The normal increase in cholesterol in pregnancy is absent and in the severer cases the cholesterol is decreased below the concentration normal for non-pregnant women. Long continued vomiting (pernicious) may result in an accumulation of nitrogenous waste products in the blood.

"B." In this group there is definite retention of non-protein nitrogen, urea, uric acid and occasionally creatinine. The fibrinogen shows the usual increase during pregnancy, it may be slightly accentuated. The increase in cholesterol is normal. The uric acid ratio is of the retention type. That is to say, the blood uric acid may be increased or merely high normal with a lowering of the per cent. excretion of the uric acid in the urine.

"C." This type of cases have definite uricacidemia but no other nitrogen retention. The fibrinogen is increased above the rise in concentration usually present during pregnancy. The cholesterol may be far above the normal pregnancy cholesterol level. The icterus index may be increased above the index normal to pregnancy and the Van der Bergh test for bile acids may show the presence of bilirubin in a concentration greater than 0.5 mgs per cent. The urine uric acid to blood uric acid ratios show that the kidney potential for concentration of uric acid is either not at all or only slightly impaired and that the high blood uric acid is not due to a decrease in the excretion of uric acid by the kidneys below the normal concentration.

"D." In the eclampsia there may be a moderate azotaemia but the uric acid is the only nitrogenous metabolite that is ever excessively increased. The calcium concentration is decreased, the chloride concentration is usually low but sometimes normal. The cholesterol may be increased or be normal for the period of gestation. If the concentration of the calcium and the chlorides are expressed in millimols the product of the calcium concentration and the square of the chloride concentration is a constant within narrow limits in health as well as in many pathological conditions. This constant is reduced in acidosis, diabetic coma, uremia and eclampsia; in fact in all conditions involving a change in the reaction of the blood. The degree to which this

constant varies from the normal seems to indicate the degree of acidosis present.

The determination of fibrinogen and of cholesterol as well as the sedimentation rate is of value in cases of proven or of suspected infection in which there are no definite or general focal symptoms. In acute infections the fibrinogen is high and the cholesterol at first is low. The defensive mechanism of the body seems to involve a rise in the cholesterol concentration and in chronic infections which are being actively combatted by the body the cholesterol is always increased above the normal. In certain infections, *e.g.*, tuberculosis, the calcium concentration is decreased below the normal. In furunculosis there is usually a definite decrease in the cholesterol concentration.

In diseases of the skin the estimation of the uric acid, sugar, calcium and cholesterol may be of clinical assistance. In urticaria, angio-neurotic edema and dermatitis the calcium is usually decreased below the normal, in acne its concentration remains at the high normal level.

In gout the blood uric acid is more or less increased, but its deviation from the normal level is not as marked as is the decrease in the urinary concentration of uric acid, especially just preceding an acute attack. The fibrinogen is considerably increased. The calcium is usually sligtly decreased but increases above the normal just preceding an acute attack have been found.

The sedimentation rate is increased in many pathological conditions, and by itself is therefor not of much diagnostic value. The fibrinogen is not the only substance which by its increased concentration causes an accelerated rate. The globulin fraction, cell volume, viscosity and the pH as well as a certain unknown factor which causes a decrease in the sedimentation rate also play a part in determining the rate at which agglutination and sedimentation take place. Many instances of "reduced sedimentation rates" with normal cell volumes, normal protein concentrations and even increased fibrinogen have been encountered. In most of these cases indicanuria was present and the feces examination in some was said to show a high histamine content. It is possible that the unknown factor which decreases the rate of sedimentation may prove to be the presence of an increased amount of of an anti-agglutinating substance in the blood. Such chemical bodies are found among the products of protein putrefaction and at least one, histamine, is known to lower the coagulability of the blood.

The cell volume estimation is a valuable aid in the proper interpretation of the blood chemistry figures; in fact in certain cases determination of the water content may also prove advisable. In the methods that are commonly used for the estimation of substances in the protein free filtrate the volume occupied by the precipitate is not taken into account and the filtrate is considered as though occupying the volume of the original precipitation mixture. This introduces an error which may be disregarded as long as the variations in cell volume remain within the normal limits, since the values are comparable. If the cell volume and hence the precipitate are much reduced the error inherent to this method is also reduced and conversely if the cell volume is increased the error is increased. Ten ccm. of the filtrate obtained by the Folin and Wu precipitation method from a blood with a cell volume of 50 per cent. will contain the soluble substances present in about 1.67 ccm. of blood and not 1 ccm. as is assumed in the calculation. Conv-

ersely if the cell volume is much reduced, let us say to 22 per cent., ten ccm. of such a filtrate will contain the soluble substances present in approximately 1.25 ccm. of blood. The smaller the so-called dry volume, *i.e.,* the precipitate, the closer the approach to the theoretical value. Absorption of the soluble substances on the protein precipitate is indeterminate but in any case could never compensate for the above mentioned source of error. The variations in the cell volume usually encountered are not sufficiently large to affect the comparative values; but the influence of a reduced cell volume and hydraemia on the final results of the analyses should be taken into account. Thus the often mentioned low urea and sugar concentration in pregnancy may be attributed in part at least to this effect.

The determination of viscosity and surface tension are physicochemical measurements which may prove of value.

Ionic antagonism is a phenomenon of great importance in life processes and the determination of the other cations present, aside of calcium, should be undertaken. The concentration of resorbed intestinal toxins as well as the enzymatic activities taking place in the blood stream, are subjects which also may prove worthy of future investigation.

Supplemented by Urine chemistry, by the chemistry of the Respiration and by Metabolic Rate estimation, blood chemistry offers the best means of investigating the status of the chemical equilibrium of a living organism and chemically correct and critically interpreted blood analyses will be found to have a wide and valuable clinical application.



TABLE I

Blood Chemistry in Glucosuria

	Bl. Sugar mgs. %	Cell. vol. %	PLASMA Ca. mgs. %	Cl. mgs. %	Chol. mgs. %	SERUM Fib. mgs. %	Alb. %	Glob. %	Tot. Protein %	Ratio Alb. Gl.	Urine Sugar at time of blood	
Low Normal	80	42.0	9.8	355	150	250	4.8	1.8	6.6	2.8	——	
High Normal	100	48.0	10.3	365	165	325	5.5	2.6	8.1	1.8	——	
Diabetes Mellitus												
No. 2608	384	55.3	10.4	350	250	400	5.30	2.98	8.28	1.8	xxxx	
No. 2361	125	37.5	10.6	343	240	—	5.64	1.58	7.22	3.5	0	
No. 2144	333	43.6	10.1	331	220	340	4.71	1.83	6.54	2.6	0.8%	
" "	138	46.0	10.4	335	210	—	4.78	1.73	6.51	2.8	0	
No. 1675	268	35.0	10.2	344	—	455	4.69	2.37	7.06	2.0	xxxx	
" "	200	35.1	10.1	327	344	—	4.56	2.12	6.68	2.1	0	
" "	510	36.1	9.6	318	345	383	4.08	2.75	6.83	1.5	4.0%	CO_2 25.5 vol. %
No. 2291	182	37.7	9.7	350	228	455	5.22	2.45	7.67	2.1	tr.	Art. scler.
No. 2529	196	35.0	8.8	318	269	278	3.40	1.83	5.23	1.9	x	Myocard. Art. scl.
No. 2006	174	31.8	9.4	350	—	—	—	—	—	—	tr	Myocard. Art. scl.
No. 2348	210	40.0	9.5	346	232	555	3.80	1.40	5.20	2.7	x	Myocard. Ins. T. B.
No. 2534	222	39.5	11.1	340	166	590	4.70	2.37	7.07	2.0	xxx	Gangrene
No. 2566	174	45.0	10.6	350	—	—	4.15	1.40	5.55	2.9	0	Albuminuria
Marg.	149	45.3	10.7	360	180	288	4.35	2.60	6.95	1.7	0	Retinal Hem.
Renal												
No. 2595	80	48.5	10.3	361	156	278	5.93	1.58	7.51	3.8	0.95%	
No. 2312	103	43.2	10.3	365	228	346	5.50	1.94	7.44	2.8	2.00%	
" "	108	41.5	11.5	350	160	—	6.00	2.04	8.04	2.9	0.80%	**Salt Free Diet**
" "	100	40.7	10.0	383	—	—	5.50	1.84	7.34	3.0	2.00%	**Diet Discontinued**
No. 2584	133	46.5	10.7	372	155	—	5.80	1.60	7.40	3.6	0.70%	
No. 2269	87	42.5	9.8	360	150	245	5.00	2.18	7.18	2.3	x	

TABLE II

Blood Chemistry in Pregnancy

	BLOOD Cell. vol. %	N.P.N. mgs. %	Uric Acd. mgs. %	Cret. mgs. %	Ca. mgs. %	PLASMA Cl. mgs. %	Chol. mgs. %	Fibr. mgs. %	SERUM Alb. %	Gb. %	Total Prot. %	Ratio Al./Gb.	
Low Normal	42.0	25.0	1.5	1.3	9.8	355	150	250	4.80	1.80	6.60	2.8	
High Normal	48.0	35.0	2.5	1.7	10.3	365	165	325	5.50	2.60	8.10	1.8	
Azotemic													
No. 06176	31.5	43.7	2.8	—	8.7	367	—	578	2.78	1.92	4.70	1.5	Albuminuria
Dol.	41.0	45.2	4.6	1.8	9.7	365	200	238	—	—	—	—	
No. 7298	34.7	47.0	3.6	3.0	9.0	373	357	532	3.07	2.49	5.56	1.2	
Stan.	36.0	53.0	4.8	2.4	10.2	365	175	4.65	4.20	2.20	6.40	1.9	
Orl.	30.0	80.0	5.0	5.4	—	—	—	530	3.17	3.03	6.20	1.0	
No. 2563	21.0	123.0	5.7	4.3	10.2	386	225	447	4.08	2.45	6.53	1.6	
No. 73816	27.0	158.0	5.4	4.9	11.1	361	139	500	5.08	3.52	8.60	1.4	
Hydraemic													
No. 2616	42.0	35.5	1.5	—	8.1	413	417	520	1.87	2.04	3.91	0.9	
Fol.	25.8	—	—	—	8.3	360	251	655	1.58	4.37	5.92	0.4	
No. 2420	26.7	—	—	2.0	10.0	—	150	853	3.36	4.20	7.56	0.8	
No. 2465	33.0	34.8	2.5	—	8.7	360	425	1000	1.46	1.34	2.80	1.1	
" "	44.0	—	—	—	9.2	—	400	770	2.34	1.33	3.56	1.8	
" "	44.0	38.0	3.6	—	8.9	381	491	590	2.07	1.05	3.12	2.0	
" "	40.1	41.5	2.0	—	7.6	380	278	650	2.18	2.12	4.30	1.0	

TABLE III

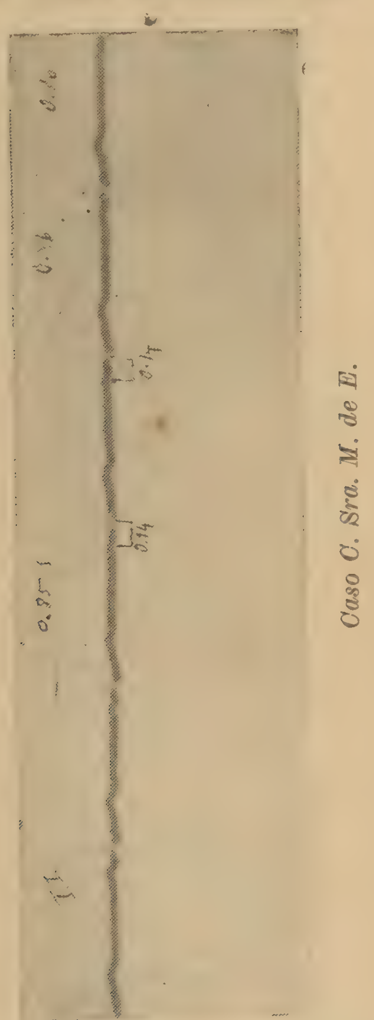
Blood Chemistry in Pregnancy

	BLOOD						PLASMA			SERUM				
	Cell. vol. %	N.P.N. mgs. %	Uric Acid	Crt. mgs. %	Sug. mgs. %	Ca. mgs. %	Cl. mgs. %	Chol. mgs. %	Fibr. mgs. %	Alb. %	Gb. %	Total Prot. %	Ratio Al./Gb.	
Normal Pregnancy														
3½ms.	33.3	—	—	—	—	10.2	358	168	334	5.33	1.84	7.17	2.9	
4 ms.	35.4	—	—	—	—	10.2	368	278	407	5.04	1.52	6.56	3.3	178
5 ms.	36.0	—	—	—	—	10.3	377	168	665	4.58	1.81	6.39	2.5	465
6 ms.	36.0	—	—	—	—	10.2	365	232	339	4.87	2.27	7.14	2.2	
7 ms.	32.0	—	—	—	—	10.2	380	214	455	4.64	1.93	6.57	2.4	439
8 ms.	34.0	—	—	—	—	9.8	374	266	555	4.90	2.25	7.15	2.2	
term	30.0	—	—	—	—	9.9	366	290	560	4.31	1.84	6.15	2.3	
Vomiting														
Mu. 4 ms.	38.0	27.0	1.2	—	—	11.1	350	120	350	—	—	—	—	
McG. 5 ms.	29.0	40.0	5.9	—	—	9.4	343	133	428	—	—	—	—	Pl. CO2 40.0%
Ka. 5 ms.	15.4	22.2	4.1	—	80	8.2	382	91	312	4.01	1.75	5.76	2.3	Pl. CO2 40.0%
" 6 ms.	21.3	27.2	4.0	—	—	8.4	383	104	416	4.04	2.04	6.08	2.0	Pl. CO2 45.0%
Azotemic														
Bla. 3 ms.	22.0	94.0	3.8	3.9	91	10.5	394	200	453	4.76	2.29	7.05	2.1	
Con. 5 ms.	33.0	44.5	7.2	—	—	8.8	360	—	612	4.32	1.67	5.99	2.5	
" 6 ms.	37.7	55.0	7.3	—	—	9.4	—	317	553	3.80	1.77	5.57	2.1	
" 7 ms.	29.6	40.0	8.3	1.5	—	8.6	—	268	454	3.56	1.77	5.33	2.0	
R. J. 9 ms.	30.0	53.5	5.9	1.0	—	8.8	335	198	702	2.75	2.90	5.65	0.9	
Uricaoidemic														
Ros. 6 ms.	33.6	29.6	6.7	—	—	9.9	363	330	650	—	—	—	—	
H.N. 5 ms.	33.5	20.0	6.9	1.3	—	8.7	360	210	382	—	—	—	—	Cardiac
Orl. 4 ms.	48.0	34.8	4.7	—	—	10.0	—	433	440	3.15	1.28	4.43	2.1	
Hai. 7 ms.	43.5	32.2	3.8	—	—	—	—	351	753	—	—	—	—	
Pet. 5 ms.	33.3	41.0	11.4	—	—	8.2	322	185	905	3.43	4.57	8.00	0.8	Bilirub. 2.5 mgs %
Eclampsia														
Wal. 9 ms.	29.0	34.6	5.5	—	—	8.8	370	—	553	—	—	—	—	
Bat. 8 ms.	33.0	37.0	7.7	1.2	—	9.3	362	210	519	—	—	—	—	
Rya. 8 ms.	34.0	32.4	8.7	—	—	8.8	346	260	343	—	—	—	—	
Mo. 9 ms.	41.0	44.8	5.8	1.2	—	9.2	318	368	420	—	—	—	—	
Ag. post.	26.0	93.3	9.1	3.9	—	9.3	319	204	705	—	—	—	—	Post part.
" "	33.0	32.7	3.5	1.5	—	11.0	355	—	430	—	—	—	—	One week later

ENSAYOS DE ELECTROCARDIOGRAFIA

Por el Dr. Vallecillo.

POR ineludible deber de compañerismo, por el deseo de corresponder a los requerimientos de nuestra celosa presidencia, que ha solicitado el concur-



Caso C. Sra. M. de E.

so de todos, hacemos figurar en el programa de esta asamblea uno de los más modernos métodos de exploración clínica, en la seguridad de que estos modestos ensayos de electrocardiografía despertarán, entre los inteligentes compañeros que nos escuchan, el deseo de laborar en estos estudios y con la aplicación de su valiosa intelectualidad, medios de obtener para la próxima asamblea de nuestra asociación médica un trabajo más perfecto, mejor acabado, digno de la pluma de alguno de nuestros literatos en el campo de la medicina. Perdonad, pues, esta osadía, de quien sin méritos ninguno llega hasta aquí, guiado solo por el deseo de contribuir, aunque sea de un modo muy modesto, al desenvolvimiento de estos nuevos métodos, dentro de la clase médica puertorriqueña. Contando, pues, con vuestra benevolencia, desarrollaremos nuestra tesos dentro de los siguientes enunciados:

1.—Explicación del método; sus fundamentos y su técnica.

2.—Valor clínico del mismo.

3.—Nuestra estadística y ejemplos casuísticos.

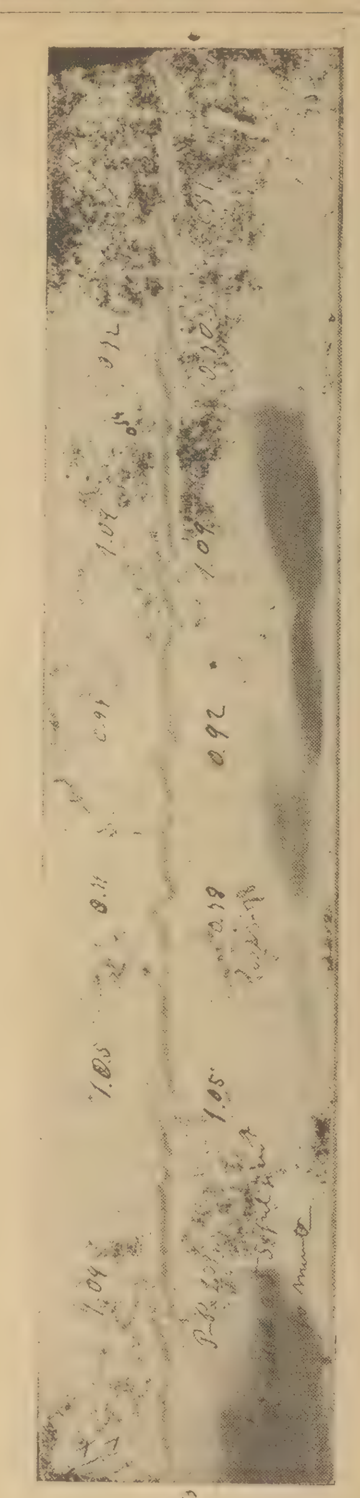
4.—Conclusiones.

Explicación del método; sus fundamentos y su técnica.

La Electrocardiografía es un método exporatorio, que registra gráficamente la corriente eléctrica que se origina en la revolución cardiaca. Se funda, en la propiedad que tiene todo tejido muscular de producir corriente al contraerse. El corazón es un músculo; por tanto, se halla sometido a la misma ley. Pero en el músculo cardiaco la fibra muscular estriada está más diferenciada que en los demás

y se hace más patente el desarrollo de la corriente eléctrica. Cuando se escita un músculo, se contrae en el sitio donde actúa el estímulo, haciéndose electro-negativo con relación al resto del tejido. Si ponemos los dos electrodos de un galvanómetro, uno en comunicación con el haz muscular, y el otro con la tierra, describirá una curva denominada mono-fácica; pero si ambos electrodos se ponen en contacto con el tejido muscular, las contracciones del músculo darán origen a otra curva, que se conoce con el nombre de onda difásica. Ahora bien; si tomamos distintos paquetes musculares, cuyas fibras sean paralelas y orientadas en la misma dirección y practicamos la experiencia en ella, obtendríamos una suma algebraica del valor de todas estas intensidades. En el corazón las fibras están intrincadas, entrecruzadas, con orientaciones y direcciones diferentes, lo que da lugar a que se origine una curva especial, típica, que es la llamada electro-cardiograma. Esta corriente eléctrica, originada en le miocardio, es de un voltage mínimo, lo mismo que su intensidad, y requiere aparatos sumamente sensibles que la puedan registrar. Los aparatos destinados a éste fin se denominan galvanómetros y entre éstos, el de cuerda de Einthoven reune los requisitos requeridos por su gran sensibilidad.

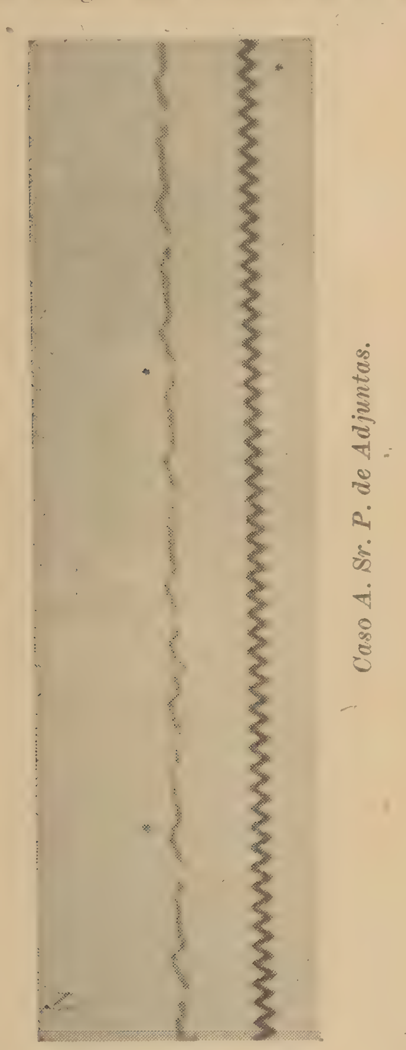
Los galvanómetros ordinarios, fundamentalmente se componen de un imán estático, en el interior de un cuadro de alambre fijo, por donde circula la corriente. Este tipo de galvanómetros es altamente sensible, pero la aguja no se desplaza con la rapidez indespensable. Por esto Eithoven ideó su llamado galvanómetro de cuerda, en el cual el imán es la parte fija, tiene la forma de herradura y por sus polos pasa el finísimo hilo que



Caso E. Srta. T. L. G.

conduce la corriente, siendo sus movimientos de una rápidez extraordinaria. Esta repidez no ha sido, hasta el presente, alcanzada por ningún otro aparato mensurador de la corriente eléctrica.

Para recoger ésta corriente en un ani-



Caso A. Sr. P. de Adjuntas.

mal de experimentación como la rana, aplicaríamos mediante vividisección, los electrodos en el corazón directamente. En el hombre, gracias a la difusión homogénea de los potenciales, según lo demostró Wallez, podemos también obtenerla en cualquier parte de la superficie del cuerpo, teniendo en cuenta que la distribución del potencial, cuando una tensión eléctrica está presente en el corazón, es similar a la distribución del potencial en un triángulo equilatero buen conductor, cuando el potencial se desarrolla cerca de su centro geométrico.

Considerando el cuerpo humano como un triángulo, cuya base se dirija de derecha a izquierda pasando por la base del corazón y el vértice en la parte inferior de la unión de ambos miembros inferiores, si colocamos los electrodos en los dos brazos, la gráfica nos daría la desviación eléctrica que pasa principalmente por la base del corazón, designada con el número romano I, representando la Derivación I. Si tomamos el brazo derecho y la pierna izquierda (pues podemos considerar las extremidades inferiores como unidas, dado lo insignificante de la diferencia de potencial de una a otra) la gráfica obtenida representaría la Derivación II, que es la más usual. Por último, si colocamos los electrodos en el brazo izquierdo y pierna izqqierda, la gráfica daría la desviación del potencial que pasa, principalmente, por el lado izquierdo del corazón y se conoce como Derivación III.

En nuestra práctica, usamos el aparato construído por Siemens und Halske, de Berlín, que une a su gran exactitud la ventaja, sobre los demás electrocardiógrafos, de ser más compacto y de más fácil manejo. En las gráficas se usa la siguiente notación: P aurícula; R ventrículo (pre-sístole); T sístoled ventricular. La curva de la gráfica comprendida desde P hasta R representa conductibilidad. La gráfica T representa contractibilidad, según la escuela Alemana, fundada en la prueba de la Atropina y la Muscarina. La distancia de P a R es

normalmente de 10 a 14 centésimas de segundo. La distancia de R a T es de 22 a 28 centésimas de segundo. La amplitud de P es de 3 millivolt. La amplitud de T es de 3 a 7 millivolt. La amplitud de R es de 10 a 15 millivolt.

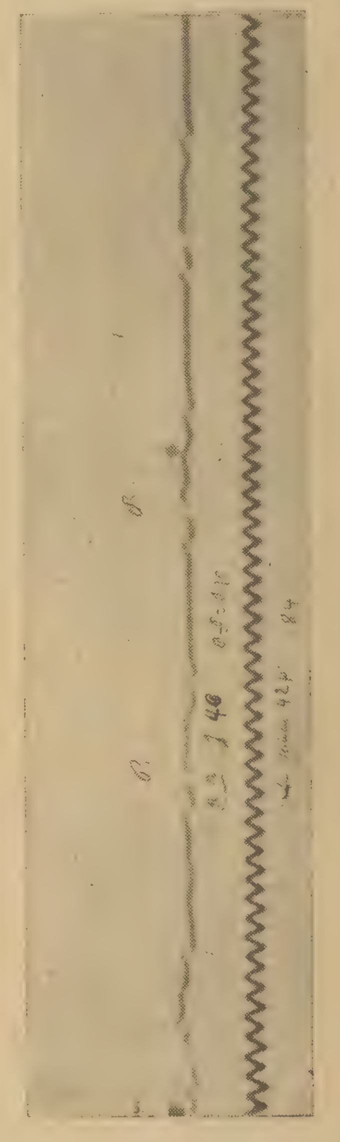
Valor clínico del método.

Es de todos conocido que la cardiología debe mucho de sus últimos progresos al perfeccionamiento de los métodos gráficos y, sobre todo, al más preciso de ellos, a la electrocardiografía. El electrocardiograma presenta, sobre la inscripción gráfica corriente, la superioridad de no permitir ningún error, dimanado de una aplicación viciosa del explorador.

La electrocardiografía, desenvolviendo ante nuestra vista la totalidad de la evolución cardiaca, suprimiendo para el observador la pared toráxica, es el procedimiento que con más exactitud y claridad nos revela la naturaleza y localización de las perturbaciones del ritmo cardiaco, permitiéndonos un diagnóstico analítico de las modalidades de la arritmia. Nos permite también fijar, exactamente, la localización de la lesión de conducción (bloqueo del corazón) y evidenciar la preponderancia ventricular.

Muchas obscuras taquicardias han sido brillantemente aclaradas por este método; pero quizás su mayor éxito lo constituye el caudal de conocimientos que aporta, con las anormalidades del complexo Q, R, S y con las variaciones de la onda T, datos relacionados íntimamente con la fibra cardiaca; verdaderos indicadores del estado del miocardio, punto el más importante para el pronóstico y tratamiento de sus enfermedades.

En el corto tiempo transcurrido desde su invención en el año 1903 hasta la fecha, ha probado sobradamente su valor clínico, como lo demuestra el hecho de que todas las obras modernas de cardiología o de exploración médica, consagran

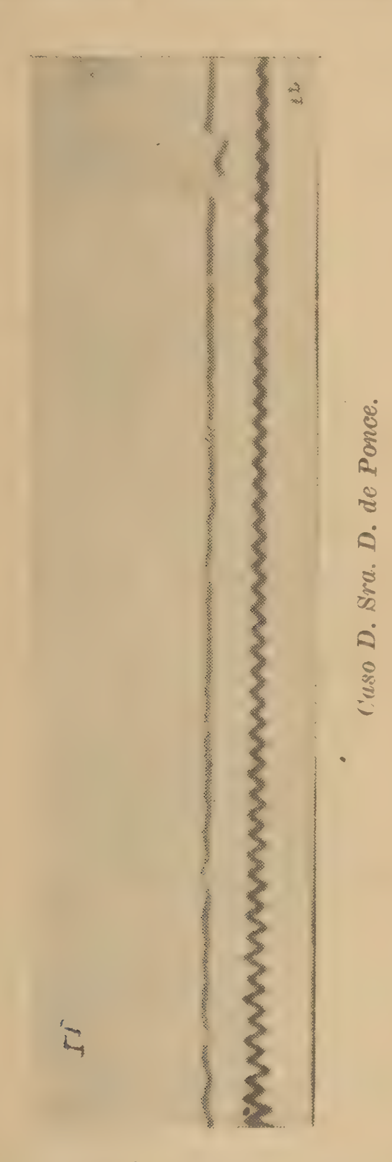


Caso B. Sr. V. de Mayagüez.

extensos capítulos a su estudio, generalizándose entre los clínicos el uso del Electrocardiógrafo, hasta el extremo de estar dotados de estos aparatos, regla-

mentariamente, los modernos hospitales.

La electrocardiografía impulsa diariamente nuestros conocimientos de fisiopatología cardiaca y continúa arrojando luz



Caso D. Sra. D. de Ponce.

en estos asuntos, pues como método moderno, aún no están realizadas todas sus limitaciones, ni todas su posibilidades; el campo de su experimentación no está cerrado, ofreciendo al investigador páramos vírgenes que roturar con su inteligencia.

Ahora bien: por muy admiradores que seamos de este método, no por eso vamos a exagerar su importancia, en menoscabo de los otros métodos exploratorios consagrados por la clínica. Por muy interesantes que sean sus indicaciones, nunca reemplazarán los métodos clásicos, de exámen del corazón. La electrocardiografía debe permanecer siempre subsidaria del exámen físico, pero su valor como auxiliar clínico, nunca será suficientemente encomiado.

III—Nuestra estadística y ejemplos casuísticos.

Desde mediados del año 1923, en que pudimos vencer todas las dificultades inherentes a la instalación del electrocardiografo, para realizar un trabajo eficiente, hemos obtenido unos 203 electrocardiogramas, de casos patológicos, que guardamos debidamente archivados y clasificados, en la forma siguiente.

Arritmia	tipo sinus	52
"	estracistole, tipo auricular	6
"	tipo nodal	8
"	tipo ventricular	12
"	fibrilación auricular	30
"	fibrilación ventricular	6
Ritmos Ectopicos	Taquicardia paroxóstica, sanus	4
	Taquicardia paroxística, auricular	4
	Ritmo auriculo ventricular (nodal)	4
Desórdenes de conducción	Bloqueo cardiaco completo	14
	Bloqueo parcial	8
	Conducción auriculo ventricular retardada	16
	Complexo Q R S averrante	14
Preponderancia ventricular		23

A pesar de no habernos sido posible.

practicar, sistemáticamente, el exámen de todos los pacientes, que hemos tenido ocasión de examinar, recogimos, sin embargo, unos 50 electrocardiogramas normales.

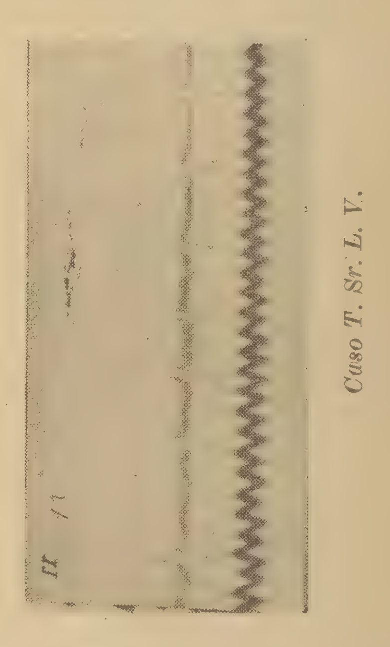
Casuisticas: Para no cansar mucho vuestra atención, presentaré una media docena de casos, como ejemplo:

Caso A: Sr. P., de Adjuntas. Este enfermo tenía 35 años de edad, había perdido en pocos días un número considerable de libras de su peso normal. Presentaba gran excitación nerviosa, ligero temblor en las extremidades, más acentuado en las piernas, y gran angustia precordial. La gráfica tomada en el período más crítico de evolución de este proceso, no demostró ninguna anormalidad en el ritmo cardiaco, sirviéndonos de ayuda, para formular un juicio pronostico favorable en lo porvenir. Así fué en efecto, pues todo el sindrome cardiaco desapareció con el tratamiento de su enfermedad luética, combinado con el del bocio.

Caso B: Sr. V., de Mayagüez. Paciente de 65 años de edad, constitución delgada, ligeros desvanecimientos, angustia precordial. Ligero edema Pre-tibial episódico. Nefritis intesticial estacionada, de moderada intensidad. Como suele verse en la gráfica, el ventriculo se contrae 42 veces por minuto y 84 la auricula, revelando el bloque cardiaco, con lesión completa del Haz de Hiss.

Caso C: Sra. M. de E., Ponce. Constitución algo gruesa, aspecto saludable; afecta de insuficiencia ovárica. Ataques histeriformes a largos intervalos, quejándose de opresión precordial: respiración superficial angustiosa, independiente de la marcha y relacionada con la emotividad; preocupadísima, creyéndose gravemente enferma del corazón. El electrocardiograma reveló arritmia temporal, tipo respiratorio.

Caso D: Sra. D., Ponce. Edad 40 años, constitución fuerte, saludable. Afecta de nefritis parenquimatosa, incipiente; después de un aborto empezó a sentir molestias precordiales, que la paciente refería con la frase, "brinco del corazón", aún en los momentos de mayor tranquilidad. El electrocardiograma reveló extracistole, tipo ventricular, probablemente neurogénico.



Caso T. Sr. L. V.

Caso E: Srta. F. L. T., Ponce. Constitución robusta, edad 16 años; antecedentes T B por línea materna; pesa sobre ella acentuada tara nerviosa; fiebre de muy moderada intensidad pero muy pertinas, con diagnóstico radiológico, de Adenopatía traqueo-bronquial. Presenta en el electrociardiogram, una arritmia, tipo sinus, con sospechas de bloqueo cardiaco, sinus auricular.

Caso F: Sr. L. V., Ponce. Enfermo de tez muy pálida y nutrición pobre, con pul-

so arrítmico, con debilísimas trazas de albumina en la orina, sin fatiga de esfuerzo. El electrocardiograma reveló un complexo Q R S difácido, de base muy ancha, dirigido hacia arriba en Derivación I y hacia abajo en Derivaciones II y III. Curva, que según los esutdios de Eppinger y de Stoerk, corresponde al bloqueo cardiaco, con lesión de la rama derecha del Haz de Hiss. La onda T, en esta gráfica, está abolida. El pronóstico establecido fué gravísimo, y el enfermo, falleció a los 28 días de practicado el exámen.

Conclusiones.

Para terminar, sintetizaremos nuestros estudios en las siguientes conclusiones:

1ra.—El método es rigurosamente científico y de un analisis gráfico insuperable.

2ª—Es de reconocida utilidad práctica en clínica.

3ª—Su técnica ha sido simplificada haciéndolo asequible al clínico.

4ª—La mortalidad revelada por fibrilación auricular en los electrocardiogramas es el doble, y en algunos casos, el triple de la que ocurre en las gráficas similares de enfermedades del corazón que no estén complicadas con esta arritmia.

5ª—Los complexos Q R S aberrantes, dentellados o difusos aumentan la mortalidad al doble.

6ª—Los trazados reveladores de arritmia sinus *per sé* deben considerarse de gran benignidad en los sujetos jóvenes, pero debe dárseles alguna importancia en las personas de edad avanzada, sobre todo si están asociados con otra anormalidad gráfica.

7ª—La onda T positiva de gran amplitud, abruptamente aguda, se observa a menudo en los casos de hipertiroidismo y de angina pectoris, en un 10 x 100.

8ª—La onda T negativa es manifestación de un serio desorden miocárdico. Todo cambio de la función cardiaca que afecte la preponderancia de la contracción y que sea el resultado de la fatiga miocardica, bien sea esto de origen orgánico o funcional, altera el electro potencial y produce la onda T negativa.

9ª—La T negativa en la Derivación I se acompaña de una crecida mortalidad (66 x 100 aproximadamente).

10ª—La T negativa en la Derivación III es la de escasa mortalidad (9 x).

11ª—En las Derivaciones I y 11 traducen la mortalidad más alta (67 x 100).

12ª—En la Derivación II y III combinadas, la mortalidad es menor (25 x 100).

13ª—La T negativa en las derivaciones I, II y III combinadas, lleva consigo una mortalidad de un 50 x 100.

14ª—La onda T negativa no la hemos encontrado en la Derivación II aislada, ni en la Derivación I y III, combinadas.

15ª—La onda P de exagerada amplitud, es frecuente en la estrechez mitral, ne el hipertiroidismo y en los neuróticos con taquicardia.

16ª—La onda P positiva dentellada, resulta probablemente del asincronismo auricular y puede obtenerse por presión sobre el vagus. Se encuentra frecuentemente en la estrechez mitral.

17ª—La onda P negativa invertida en todas las Derivaciones del electrocardiograma, evidencia un ritmo ectópico.

18ª—La onda P negativa solamente en la Derivación III, debe ser considerada como fenómeno transitorio.

19ª—Se supone preponderancia del ventrículo derecho, cuando la onda R está dirigida hacia abajo en la Derivacidn I y hacia arriba ne la Derivación III.

20ª—Se supone preponderancia del ventrículo izquierdo, cuando la onda R está dirigida hacia arriba en la Derivación I y hacia abajo en la Derivación III.

21ª—Cada día adquiere más valor práctico el llamado índice de preponderancia, para cuya determinación exsitne diferentes fórmulas.

Quizás hayamos agotado vuestra indulgencia, pues el tema, aparte de su gran importancia y valor clínico, es tan árido, que realmente su lectura se hace monótona; pero tened en cuenta, que solo nos ha guiado el deseo de despertar inteligencias en reposo, que tanto brillo darían a la medicina, para que en la asamblea venidera, que se celebrará el año próximo, veamos figurar en el programa de nuestra asociación médica otro tema sobre electrocardiografía, y desde esos asientos, deleitarnos con la palabra fácil, amena y fluída, de alguno de nuestros inteligentes compañeros.



UN MEDICAMENTO PARA EL ASMA

Por el Dr. Rigau.

EN mi humilde capacidad de miembro de la profesión cuyo deber es aliviar los padecimientos de la humanidad, me dirijo a Uds., esperando de su benevolencia me presten atención al asunto que voy a tratar.

Leyendo una de las revistas que con frecuecia recibimos los médicos, además de la autorizada prensa médica, encontré el siguiente título: *EL CUAJANI Y SU APLICACION EN EL ASMA ESENCIAL, por el Dr. Rodrigo Jordán, de Cuba.*

Como todos sabemos, es ésta una de las enfermedades en las que luchamos tratando sintomáticamente al paciente, ya por lo variado de las causas, ya porque se desconoce un específico y la mayor parte de los casos son rebeldes a todo tratamiento; en otros persisten las disneas entre las crisis, en otros son pertinaces los accesos, etc.; habiendo encontrado muy interesante el artículo, he extractado de él algunos datos, que condenso en lás observaciones siguientes:

¿Qué es el Cuajani? Un árbol o arbusto que crece en las Antillas. Su tronco es de color gris obscuro, cubierto con una corteza surcada por hendiduras en toda su extensión. Sus flores, hojas y corteza huelen a almendras amargas. Contienen tanino, substancia colorante, y un glucósido cianogenético. En Puerto Rico se conoce con el nombre de "almendrón", y crece en las alturas.

Preparaciones: El Dr. Jordán ha preparado de la corteza de este árbol un extracto fluido, una tintura, un extracto acuoso y un jarabe.

Acción medicamentosa: Se ejerce útilmente en las afecciones catarrales del aparato respiratorio, como en las bronquitis, laringitis, tos-ferina, etc. Tiene su acción específica en el tratamiento del asma bronquial. Al decir "asma" no se refiere a las diferentes disneas o el "symptom complex", de orígenes muy diversos y que pueden mostrar un aspecto más o menos semejante al asma, propiamente dicho. Es evidente que no podrá curar el Cuajani las disneas urémicas, ni el edema pulmonar, ni las manifestaciones sintomáticas de la asistolia, ni las asfixias tuberculosas, ni las intoxicaciones exógenas ni endógenas o las que tienen como punto de partida una rinitis, etc.

En Cuba se ha usado el medicamento por más de cinco años y tengo en mi poder un folleto conteniendo los testimonios de cincuenta médicos, los primeros en usar el preparado, y que han obtenido resultados muy halagüeños.

En cuanto a mi experiencia con este medicamento, los resultados han sido admirables en varios casos. A principios del año—(en febrero del 1924)—empecé a probarlo con dos muestras: una en la Sra. Vivaldi, esposa del actual alcalde de Yauco, y otra en un niño de siete años. El primero de los dos casos había sido tratado sintomáticamente por distintos médicos, en frecuentes ataques que le duraban al paciente de cuatro a cinco días; tomó el Cuajani y con la primera cucharada durmió dos horas, despertándose casi bien y libre de la fatiga. Siguió tomándolo y no ha tenido más accesos.

El segundo caso padecía el asma. Yo lo había estado tratando y no se benefició nada del tratamiento habitual en estos casos; está tomando el Cuajani y no le ha repetido el ataque. Este niño después ha tenido grippe, sin sentir la fatiga de antes.

El joven Emilio Ramírez, de veinticinco años de edad, estuvo cinco días con la fatiga; tomó el medicamento y mejoró; ahora se siente bien y ha aumentado de peso. Un empleado del señor Alejandro Roura, cansado de la morfina, adrenalina y otros medicamentos, con el uso del Cuajani está ya bien. Desde hace cinco años le daba el acceso cada mes, la fatiga era constante y respiraba con dificultad; ahora puede correr y no se fatiga.

Dos niñitas, como de ochos años, padecían crisis frecuentes y entre éstas se encontraban en un estado disnéico después de cualquier esfuerzo físico. Solamente tomaron cocimientos de hojas y cáscaras. Una de ellas está completamente bien después de más de ocho meses, y a la otra, aunque le han repetido las crisis, han sido mucho más leves y después ha podido jugar y correr. Esta niña no ha seguido tomando el medicamento.

Un compañero ensayó un frasco en su hija; después me ordenó dos frascos más y me ha dicho que, aunque le repitió el ataque, fué leve y se siente mejor.

Una señora desde el 9 de diciembre viene pidiéndome una receta de adrenalina para su niñito de tres años, que hacía varias noches no dormía. Le recomendé el Cuajani y a los tres días me dijo que el niño había descansado aquella noche, como con ningún otro medicamento lo había logrado, y se sentía mucho mejor.

El Sr. C. S., de 38 años, ha padecido de asma porm ás de 20 años. En diciembre 11 envió por una receta de morfina; le envié el preparado y no necesitó la inyección. Durmió completamente bien y al día siguiente lo necontré muy contento. Dijo: "Ningún otro medicamento me había hecho tanto bien".

Respecto a otros cuatro casos que trato en el campo no he tenido informe de ellos, aunque los interesados han enviado peones por más potes del Cuajani.

He aquí mi información; una experiencia mayor será necesaria para conclusiones más terminantes, pero el alivio sintomático tan rápido observado en los casos que acabo de referir y la visible curación de muchos de ellos, me induce a creer que este preparado es digno de usarse por toda la clase médica.

INVESTIGACIONES (*)

SOBRE LA ACCION CURATIVA DEL NUEVO COMPUESTO ARSENICAL (DERIVADO DEL ACIDO FORMITICO - META - AMINO - PARA - OXIFENIL - ARSEN CO) ADMINISTRADO "PER OS" EN EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS.

Por el Dr. NOGUE MORE

Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital de Santa Cruz, de Barcelona

COMO podrá inferirse de nuestro reciente trabajo sobre la acción preventiva del ácido acetiloxiaminofenilarsénico (preparado 190 o Stovarsol), que, a instancias de Louis Fournier, hemos sido los primeros en ensayar en España, éste no posee más que una débil actividad en cuanto a la curación de la sífilis, habiendo, por tanto, sido casi completamente abandonado por nosotros, bajo este aspecto, después de reiteradas investigaciones clínicas.

Como decíamos también, los resultados obtenidos antes de nuestras investigaciones por Fournier, Guenot y A. Renault acerca de su acción curativa son muy medianos; ellos mismos escribían en aquel entonces: "Si el efecto de la medicación sobre el estado general se ha mostrado favorable en la mayoría de los casos, contrariamente, hay que confesar que sobre las manifestaciones sifilíticas tiene débil acción. En los casos en los cuales las lesiones cutáneas han sido infliuenciadas por el tratamiento, la curación no se produce más que lentamente. Hemos podido encontrar treponemas sobre sífilis erosivas después de muchas tomas de 0,40 gramos de 190. En fin: en los casos más favorables, en que la desaparición de las lesiones fué completa, los accidentes reaparecieron al cabo de un tiempo variable."

Muy idénticos resultados obtuvimos en los seis casos en que lo utilizamos como medio curativo.

Desde entonces recientes estudios experimentales y clínicos nos han puesto frente a otro preparado assenical, derivado formílico del ácido metaaminoparaoxifenilarsénico, que vamos a estudiar; pero, aunque sea sucintamente, haremos mención de algunas explicaciones generales.

Clínica y experimentalmente se ha demostrado: 1º Que los compuestos arsenicales orgánicos atraviesan perfectamente la pared intestinal. 2º Su eliminación se verifica de una manera regular, evitando la gruesa descarga del comenzar, como ocurre cuando se administran por vía endovenosa. 3º La impregnación continua del organismo parece no ser sostenida por vía endovenosa más que en el caso de dar pequeñas y repetidas dosis, y por vía intramuscular solamente por la inyección de dosis suficientemente elevadas para ser peligrosas.

En cambio, se obtiene muy fácilmente por la vía digestiva.

Era, por tanto, necesario buscar el medicamento que mejor se adaptase a la vía digestiva, y que a la vez reuniera las siguientes cualidades:

(*) Reproducido de la Revista Española de Urología y Dermatología. Año XXVII. No. ?

1ª Toxicidad suficiente débil.

2ª Ser constituído por una especie química pura y definida.

3ª Estabilidad a toda prueba.

Se ha buscado el medicamento entre los derivados de las dos formas de arsénico orgánico que interesan en terapéutica específica.

Por las razones expuestas, vemos que no es posible utilizar ni el salvarsán ni ninguno de sus derivados de la forma arsenoica, ya que es de todo conocida su extraordinaria alterabilidad en su forma sólida, y cuando están en solución deben conservarse en un medio muy reductor, so pena de ser oxidados y transformados en un producto veinte veces más tóxico: el arsenóxido. En su paso a través del organismo los arsenoicos se oxidan y se transforman en ácidos arsénicos, siendo esta oxidación extraordinariamente rápida en la mucosa intestinal. Por tanto, es bien lógico que cuando se quiera emplear la vía digestiva es a un derivado de la forma ácido arsénico al que debemos dirigirnos, y esto parece tanto más lógico, cuando sabemos que el agrupamiento arsenoico trivalente no ofrece en sí mismo ningún carácter de necesidad desde el punto de vista de su eficacia terapéutica.

Es bien curioso hacer notar que el empleo de los derivados del arsénico pentavalente (ácido arsénico) se remonta desde los comienzos de la medicación arsenical como antisifilítica, y bien numerosos son los derivados inmediatos que han sido utilizados. En primer lugar, el atoxil (derivado del ácido paraaminofenilarsénico), la arsacetina (sal de sodio del acetilatoxil), la hectina (benzensulfonaamidoparaarsénico), la kharsina, el orsudán, etc. Los americanos han estudiado particularmente el ácido fenilglicinaparaarsénico en la tripanosomiasis y espirilosis de las gallinas, pero no pasaron de la experimentación. Sabido es que el abandono del atoxil fué por su toxicidad sobre los nervios sensoriales, y por esto se creyó que estos accidentes eran comunes a todos los derivados de los ácidos arsénicos.

Recientemente, M. Forneau y sus colaboradores han sometido a la experimentación nuevos ácidos arsénicos, haciendo variar las funciones del agrupamiento orgánico de que Ehrlich se valió para sentar la base del agrupamiento arsenical en el salvarsán, y es interesante hacer notar que el conjunto de estas recientes investigaciones no ha hecho más que confirmar la concepción primitiva de Ehrlich: a toxicidad igual, ninguno de los ácidos arsénicos o de sus derivados es experimentalmente superior al ácido metaaminoparaoxifenilarsénico, que, como sabemos, es uno de los productos intermediarios en la preparación del 606.

La "constitución de la molécula orgánica" tiene una importancia capital en la medicación arsenical, dentro de su actividad específica. La estructura molecular tiene un marcado poder sobre la toxicidad y el poder curativo. La experiencia ha demostrado que era conveniente conservar la constitución adoptada por Ehrlich para el salvarsán, es decir, buscar un derivado de los aminofenoles, a cuyo agrupamiento se atribuyen las albúminas del suero sanguíneo. Sea de ello lo que fuere, la experiencia adquirida ha conducido a que el nuevo remedio de que vamos a hablar se haya escogido entre los derivados del ácido arsénico.

El "mecanismo de acción de los arsenicales orgánicos" parece demostrar que este ácido posee una acción específica marcada, ya que después de su introducción en el organismo este derivado se comporta vis a vis con el parásito, como

el salvarsán; porque hay que tener en cuenta que los arsénicos no obrarían directamente sobre el virus sifilítico cuando son plenamente puros. Se ha demostrado que la forma de arsénico orgánico directamente activa sobre el parásito es el óxido de arsino, cuya gran toxicidad se ejerce vis a vis tanto sobre el espiroqueta como sobre el organismo.

Los ácidos arsénicos tienen, al igual que los arsenos, un parentesco estrecho con los óxidos de arsino; en el caso que por una oxidación parcial los arsenos se transforman en óxido de arsino, contrariamente, por una reacción incompleta realizada en el organismo, los ácidos sufren la misma transformación.

Esta transformación es afirmada de una manera irrefutable por el estudio farmacológico de estas tres formas de arsénico orgánico.

Cuando inyectamos por vía intravenosa el arsénico bajo forma de óxido de arsino, los signos de intoxicación aparecen inmediatamente, a los cinco o seis minutos, y el animal muere poco tiempo después, o, si el animal sobrevive, sucumbe de intoxicación. Contrariamente, cuando inyectamos dosis tóxicas de arsénico, tanto en forma de ácidos arsénicos como los arsenoicos (completamente puros), los síntomas de intoxicación no aparecen hasta una o dos horas después, y la muerte no sobreviene hasta al cabo de unos días.

Es cierto, por tanto, que bajo estas dos formas el arsénico no es tóxico; es necesario que sea reducido u oxidado antes de obrar. Como la transformación es más o menos rápida, el medicamento puede ser eliminado antes de ser tóxico.

Desde el punto de vista de "acción sobre los parásitos", los resultados experimentales conducen a las mismas conclusiones: después de la inyección de óxido de arseno la acción espiroqueticida se manifiesta con gran rapidez, y los espiroquetas comienzan a desaparecer casi tan rápidamente como el medicamento inyectado. Por el contrario, los arsenos y los ácidos arsénicos obran lentamente: la destrucción del parásito no tiene lugar hasta que cierta cantidad de medicamento inyectado es transformada en óxido de arsénico. Ello demuestra, por tanto, que, tantou no como otro de estos dos compuestos, después de pasar por el organismo, son desde el punto de vista específico equivalentes.

La medida del coeficiente quimioterápico del ácido monoaminoparaoxifenilarsénico confirma claramente su mecanismo de acción. Este coeficiente se expresa, como sabemos, relacionando las dosis curativa C y dosis tolerada T. Se mide convencionalmente por la acción del medicamento sobre diversas especies de tripanosomas, en particular el Brucei, y como animal de experiencia el ratón o cobaya. La "dosis curativa" viene representada por la cantidad mínima de medicamento necesaria para destruir los tripanosomas contenidos en el torrente circulatorio. La "dosis tolerada" es aquella que no es tóxica para los animales.

En el caso que nos ocupa del ácido arsénico, el valor del coeficiente C T ha sido encontrado en las experiencias, por demás desfavorable, con índice 1 por 5, es decir, que la dosis tóxica es al menos cinco veces más débil que la dosis curativa. En cambio, el atoxil, cuya fórmula difiere solamente por la ausencia de un resto fenólico, da en las mismas condiciones un coeficiente casi igual a 1 por 2. Las experiencias de Forneau han demostrado que la zona manejable es muy amplia, habiendo logrado el coeficiente más favorable con el producto que nos ocupa.

El ácido monoaminoparaoxifenilarsénico constituye, según la medida de su poder curativo, el derivado más eficaz que podemos encontrar dentro de la serie de los ácidos arsénicos, pero tiene el inconveniente de que este cuerpo no es utilizable prácticamente, toda vez que abandonado al aire se oxida rápidamente; en cambio, los derivados formílicos, acetílicos y bencílicos, recientemente obtenidos, son inalterables al aire, siendo estos compuestos menos tóxicos que el ácido arsénico original y dotados de propiedades preventivas y curativas en la sífilis.

La experiencia terapéutica ha demostrado que el derivado formílico era el más activo. Se comprende por qué el formílico es, de todos los acídilos, el más rico en ácido arsénico.

A pesar de su inalterabilidad al aire, se hidroliza cual si fuera una proteína en medio ácido acuoso, y se desdobla, al menos parcialmente en sus constituyentes en el medio estomacal. La orina de los enfermos que han absorbido el derivado formílico ofrece la reacción del ácido aminooxifenilarsénico, lo que no se consigue con ningún otro derivado acidílico. Se sabe también por la medida del coeficiente quimoterapéutico que el ácido libre es mucho más activo sobre el treponema que sus productos de sustitución.

Todo lo mencionado ha conducido a M. Forneau y sus colaboradores a escoger para su estudio de experimentación clínica el ácido formilmonoaminoparaoxifenilarsénico, que para utilizarlo por vía digestiva no hay necesidad de convertirle en sal de sodio, ya que su disolución se efectúa directamente en el medio intestinal alcalino, siendo rápida y totalmente absorbido por las mucosas digestivas.

Este derivado (treparsol), preparado por Lecop y Ferrand, que nosotros ensayamos, animados por los resultados que referimos, en el Dispensario de Toussaint-Bartelemy, del Servicio de Clemente Simón, París, contiene 28,75 por 100 de arsánico.

Se presenta bajo la forma de pequeños prismas, cortos, agrupados en rosáceas, anhidros, muy poco solubles en el agua, insolubles en frío en los ácidos minerales u orgánicos. En cambio, se disuelve fácilmente en el amoniaco, los álcalis cáusticos, o los carbonatos alcalinos; funciona como monoácido. Sus sales son muy solubles en el agua y dan soluciones estables.

Contiene 28,73 por 100 de arsénico, tanto casi como el salvarsán (31 por 100) y más que el neosalvarsán (21 por 100).

Es, por tanto, su toxicidad débil.

En las mismas condiciones el salvarsán da 0,10 gramos por kilo y el neosalvarsán 0.20 gramos.

Estudio de la eliminación (con ayuda de la reacción de Abelín)

Dando al sujeto un solo comprimido de 25 centigramos:

Comienzo de la eliminación a la novena hora.

Termina ídem íd. a las cincuenta horas.

Dando a la vez dos comprimidos:

Comienza la eliminación a la tercera hora.

Termina ídem íd. a las setenta y dos horas.

Para obtener este mismo resultado, la experiencia ha demostrado que necesario hacer tres inyecciones sucesivas de 0,06 de neo con dos horas de intervalo, o bien introducir en una sola vez por vía intramuscular una dosis de sal de 0,50 gramos, que es peligrosa.

La eliminación dura treinta horas (intravenosa), y es rápida desde cuarenta minutos.

Sería, por tanto, la vía sanguínea la menos recomendable y, por contra, la digestiva la más recomendable.

Eliminación después de un tratamiento prolongado

Ingestión de un gramo durante cuatro días:

Después de haber comenzado cerca de la sexta hora la eliminación, aumenta rápidamente y queda al máximum durante toda la cura.

La imprgenación es perfecta y ninguna acumulación se observa en los sujetos normales.

La eliminación se efectúa hasta setenta y dos horas después del último comprimido.

Formas de administración y dosis: Dicho preparado, conocido con el nombre de "treparsol", lo hemos utilizado bajo forma de comprimidos de 0,25 gramos de principio activo cada una. Hemos seguido tres pautas distintas: uno, administrando 50 centigramos de una vez en ayunas durante ocho días seguidos; otra, dando un gramo durante tres días consecutivos seguidos de otros tres de descanso, y otea, dando un gramo durante seis días consecutivos, seguidos de igual tiempo de descanso. No podemos de momento decir cuál de los tres es preferible. Sólo creemos que basados en la curva de eliminación del arsénico, que ha sido investigada escrupulosamente por Fernando Pellicer, y, últimamente, por nosotros (reacción de Abelin), desprendiéndose de la misma que en los casos que se ha administrado un gramo durante tres días consecutivos, la eliminación regular de arsénico por la orina se ha hecho hasta las sesenta y dos a setenta horas siguientes a la administración del último comprimido, creemos como mejor práctica la de tratar tres días seguidos con tres de descanso, durante ocho a diez semanas consecutivas.

En un caso en que seguimos la administración de un gramo diario durante diez días, pudimos observar que la eliminación, en lugar de aumentar cada día, desde el sexto día se quedó en la misma cantidad, a pesar de irse acumulando cada día mayor cantidad de arsénico. Es bien posible que dicha anomalía sea debida a fenómenos de retención hepática, ya que no debemos olvidar que es el hígado el regulador de la circulación de los arsenicales en el organismo; ello justifica plenamente que los intervalos de reposo son absolutamente indispensables, a fin de evitar una sobrecarga de dicho órgano, y que, por tanto, según sea su integridad, variará en cada individuo, por lo que no tenemos aún suficientes pruebas clínicas para fijar una bien orientada posología. Claro que la cantidad deberá ser proporcional al peso del individuo, sensibilidad arsenical, etc., como ocurre con los arsenobenzoles. Esto en cuanto al adulto. En cuanto al heredosifilítico, Ribadeau Dumas, en la Maternité ha dado cerca de 0,02 gramos por kilo y por día durante el primer año. En un heredo que lo ensayamos, le dimos dosis de 10 centigramos por día, con peso de 4,800 kilos, sin intolerancia.

Accidentes e intolerancia: no hemos tenido que lamentar ningún accidente grave. En un caso, cefaleas constantes los días de administración del medicamento, desapareciendo en el período de descanso, y en otro, prurito violento sin urticaria ni dermografismo. En cuanto a trastornos gastrointestinales, hemos de confesar no hemos estado afortunados: en catorce enfermos nueve han sufrido diarreas; en unos, desapareciendo casi instantáneamete por la administración

del cloruro de calcio por vía endovenosa; otros, persistiendo unos seis días después, y otra enferma, con vómitos casi incoercibles que desaparecieron con la medicación. Un hecho curioso hemos comprobado: los enfermos de más edad, de cuarenta y seis, cincuenta y cuatro y cincuenta y nueve años, respectivamente, no han presentado el mejor vestigio de intolerancia. En dos casos en que después del descanso desaparecieron las diarreas, administramos preventivamente cloruro de calcio intravenoso y no reaparecieron al reanudar el tratamiento.

Estudio clínico

En nuestros primeros casos abundaron los trastornos gastro-intestinales sin que jamás fueran aparatosos; por el contrario, mejoraban rápidamente. En cambio, en nuestra segunda serie de enfermos, en número de diez y seis, ningún trastorno grastro-intestinal ni otra intolerancia hemos observado. Ello nos ha animado extraordinariamente, pues es el único defecto que le encontramos y que temíamos. Es posible que, como ha sucedido otras veces con el salvarsán, existen de vez en cuando también accidentes de serie.

Enferma núm. 3.—Sala de Jesús, de nuestro servicio: Sifílide papulosa yuxtaanal. Treponemas el primer día. Desaparición al cuarto día, en que regresionan rápidamente las lesiones. Al séptimo día, ninguna lesión aparente, W. positivo al comienzo, negativo a la séptima semana. De tres en tres días, a razón de un gramo diario.

Enfermo L. B., del Dispensario.—Placas mucosas difteroides amigdalas, faringe, lengua, que le imposibilitaba tragar. Mejoría al segundo día. Al sexto, desaparecieron todos los elementos papulosos sin dejar rastro.

Enferma L. A., cama núm. 5.—Sala de Santa Teresa: Sifílide-tubérculogomosa en islotes, en las piernas. Primer día, medio gramo de treparsol; un gramo hasta el cuarto día, en que se quejó de ligeras cefaleas; descanso, tres días; administración nuevamente de un gramo durante siete días consecutivos, apreciándose al tercer día sialorrea y diarrea; persistimos, y al sexto día, mareos y algias ligeras, pero generalizadas; las lesiones mejoran rápidamente, estando curadas a la cuarta semana. Tratamiento local: yodo bismutato de quinina al 10 por 100; Wassermann positivo intenso hasta la sexta semana, que fué débilmente negativo; negativo total, a la séptima, y continúa negativo a la semana catorce.

Enferma núm. 3, de nuestra Sala de la Merced: Osteoperiostitis gomosa, tercio externo de la clavícula: siete días tomando un gramo y siete de descanso. Al cuarto día desaparecen las algias, así como se reduce notablemente la infiltración. A la quinta semana, curación casi completa. W. positivo hasta la cuarta semana; negativo desde la quinta, en que es también negativo el líquido raquídeo.

Enferma núm. 3, de nuestra Sala de Jesús: Sifílide impetiginosa y acneiforme de la cara: siete días de tratamiento por siete de descanso. Al quinto día, desaparición casi completa de los elementos pápulopustulosos; curación de accidentes a la cuarta semana. W. negativo hasta la octava semana.

Enferma núm. 24.—Sala de la Merced: Sifílide vegetante frambuesiforme. Al tercer día de tomar un gramo, diarrea; descanso tres días, y así sucesivamente; notable mejoría siente desde el quinto día; a la cuarta semana sólo restaban

pequeños restos, que eliminamos con la cucharilla.

Enferma núm. 27.—Sala de la Merced: Esclerosis inicial impetiginosa del mentón. Sifílide eritematosa que hacía su aparición, localizada de preferencia en el cuero cabelludo. Iritis específica. Escasos espiroquetas al principio, desapareciendo al final del cuarto de administración del preparado. Esclerosis curada a los once días. La sifílide eritematosa aumentó visiblemente desde el segundo día para desaparecer lentamente, hasta el veintiún día, que desapareció totalmente. La iritis mejoró rápidamente. W. positivo hasta la séptima semana; continúa negativo a la catorce semana.

Enferma núm. 2.—Sala de la Merced: Sifílide esclerogomosa en sábana de la pierna. Administrado el treparsol de siete en siete días no hubo la menor intolerancia. Tomó también yoduro y tópicamente nuestros polvos reductores. A la quinta semana, cicatrización total. Diarrea.

Enferma núm. 6.—Sala de la Merced: Accidente chancriforme seudomembranoso del cuelo uterino. Es el caso más brillante que hemos seguido, ya que al quinto día no había rastro de lesiones; esto no obstante, apareció a los ocho días una sifílide eritematosa que desapareció a los pocos días.

Enferma núm. 30.—Sala de la Merced: Sifílide erosiva y papulohipertrófica del ano y vulva. Enferma que había tomado 1,50 gramos de bismuto sin que se notara una gran mejoría; desde el tercer día de treparsol experimenté una mejoría tan rápida que no recuerdo haber visto, con el salvarsán, una subinvolución tan marcada. Aquí se cumple lo que ya afirmamos en nuestro estudio sobre los resultados obtenidos con el bismuto asociado al salvarsán, ó sea que su acción cicatrizante y esterilizante es máxima en la asociación simultánea; el uno activa al otro. Cicatrizadas las lesiones, el W. permanecía positivo débil.

Enferma núm. 12.—Sala de Jesús: Esclerosis inicial y linfitis del labio mayor derecho. Espiroquetas hasta el quinto día de administración del preparado. Chancro cicatrizado a los diez y ocho días, linfitis tres días más tarde. Ligeras diarreas y cólicos al final del primer septenario de tratamiento. Cesaron las mismas con medio gramo de cloruro cálcico intravenoso.

Enfermito A. L.—Coriza y placas mucosas comisurales. Sifílide pápuloerosiva de la nalga. Citratrización de las lesiones a los quince días. Heredo de siete meses; peso, 4,800. Dosis por kilo, 2 centigramos; ligera diarrea al tercer día; descanso, dos días; desaparece la diarrea y sólo administro un centigramo por kilo durante treinta días, con intervalo de cuatro días de descanso, y no vuelve la diarrea. Extraordinaria me joría sobre el estado general; buen apetito.

Enfermo L. S.—Enfermo sensibilizado con el salvarsán por vía endovenosa. Sífilis asintomática. A las primeras tomas, ligero eritema escarlatiniforme muy discreto y extraordinario prurito. Al ver que no cedía, tomaba, una hora antes de cada toma, un pequeño fragmento de la pastilla, con el fin de desensibilizarlo, y a la vez hicimos dos veces la cutisalvarsano, reacción que fué ligeramente positiva. El enfermo continuó tomando el medicamento en esta forma y no apareció de nuevo dicho eritema.

Enfermo L. B.—Sífilis latente, placas mucosas interdigitales. Al tercer día desapareció la cefálea que desde hacía tiempo aquejaba al enfermo. Dichas placas fueron muy rebeldes, tal vez por los

tópicos irritantes que usaba el enfermo; después de un tratamiento anodino local, en tres días curaron.

Hemos ensayado también el treparsol, como antes ya habíamos hecho con el stovarsol y narsenol, que hemos visto emplear frecuentemente en el servicio de M. Ravaut, en casos de afecciones cutáneas desarrolladas de preferencia sobre terreno específico, sin poder ser consideradas hasta hoy de naturaleza específica. Hemos tenido un verdadero éxito en un caso de strofulus infantil, que no cedía a ninguna terapéutica ensayada por otros compañeros, y que el treparsol resolvió maravillosamente.

Conclusiones

1ª Los resultados obtenidos por nosotros demuestran que el ácido formilmetaaminoparaoxifenilarsénico posee una acción comparable al 914, administrado por vía endovenosa, en cuanto a blanqueo de los accidentes. Sobre su poder esterilizante a "larga manu", podremos hablar dentro de algunos años. Seguiremos fielmente a estos enfermos ya tratados y comunicaremos nuestra opinión cuando podamos darla.

2ª Tampoco podemos concretar nada sobre su acción sobre el Wassermann; en nuestros casos la negatividad ha variado de la quinta a la octava semana. ¿Hasta cuánto tiempo perdura la negatividad?

3ª Las intolerancias prácticamente observadas con frecuencia en nuestros primeros casos quitarían algo la gran importancia de este nuevo método de curación, que es muy digno de retener, y es de esperar se extenderá su empleo, una vez conocidos bien su posología y poder esterilizante a "larga manu".

4ª Representa un buen señalado triunfo en aquellos casos de dificultad por distancia en que no puede someterse el enfermo al tratamiento regular por el especialista, así como en los tratamientos de prueba.

5ª No creemos de ninguna manera que la medicación "per os" pueda sustituir de una manera absoluta a la medicación por inyección, ya que ésta tiene la inmensa ventaja de que no puede verificarse sin la vigilancia facultativa y, por desgracia, sabemos bien que con todo y esto, demasiado prematuramente los enfermos creen suficiente su tratamiento en cuanto ven sus accidentes desaparecidos. Creemos que su asociación al Bi y al Hy le dará un máximum de eficacia y valor curativo, y al enfermo le pondrá al abrigo de ulteriores recidivas.

Creemos también fundadamente que, dada su fácil administración, ocupará lugar preeminente en el tratamiento profiláctico que actualmente ensayamos; pero no nos cansaremos de repetir la posibilidad de retardar o atenuar los accidentes de ser dicho tratamiento insuficiente o en los casos de arsenorresistencia secundaria desconocidos.

Habiendo sido los primeros en ensayarlo en España, seremos también los primeros en publicar los resultados observados acerca de su acción esterilizante, que creemos sinceramente será en todo comparable al 914.

(De "Revista Española de Urología y Dermatología".)

año XIX 147

SUMARIO



BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

PUBLICADO CADA TRES MESES BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA.

Año XIX.	DICIEMBRE 1925.	Núm. 150.

INFORME DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ETIOLOGIA Y TERAPEUTICA DEL DELITO.--CAUSAS PREDISPONENTES SOCIALES Y BIOLOGICAS. PROFILAXIA Y TERAPEUTICA ADECUADAS

El estudio del problema de Profilaxia y Patología Social que ocupa en este momento la atención de este escogido Congreso de Criminología, cae, en gran parte, dentro del dominio de la profesión que a todas horas trata de mitigar las penas, de aliviar los dolores, que afligen ya al cuerpo humano, ya al cuerpo social.

La Asociación Médica de Puerto Rico, en representación de la clase médica insular, al responder a la deferente invitación que le hizo el Jefe de la Justicia de Puerto Rico, para tomar parte en este concurso de recias voluntades y esclarecidas inteligencias, consciente de su alta responsabilidad somete a vuestra consideración el fruto de su experiencia y conocimientos de este problema de Higiene Social, inspirándose en la sabia enseñanza de la Diosa Hígea, la diosa mitológica de la Medicina Preventiva—de la Higiene—, que cubre su desnudo cuerpo virginal con tenue velo en señal de honradez y veracidad y que sella sus labios con su dedo índice, en exhortación perenne de reserva, discreción y cautela.

Percatados, pues, de nuestro deber en este momento trascendental, designó nuestra Asociación un comité compuesto de los Dres. E. Fernández García, Ramón Suárez, J. Gómez Brioso, Gutiérrez Ortiz, Figueroa, Goenaga y Quevedo Báez, para que hiciera una exposición concisa, clara y veraz, sobre las causas predisponentes, sociales y biológicas, y posible remedio de este serio mal de la criminalidad en Puerto Rico.

Como ponentes dentro del seno de este Comité fueron a su vez designados los compañeros Gutiérrez Ortiz, Figueroa y Gómez Brioso, cuyo informe, por sí sólo, se explica, y el cual respetuosamente sometemos a vuestro estudio.

Dr. E. Fernández García, Pres.

I

CAUSAS PREDISPONENTES DE CARACTER SOCIAL

Las causas predisponentes de carácter social son las mismas que las que podemos encontrar en cualquier otro país del globo, habitado por un pueblo civilizado, pero es también indudable que hay características especiales, hijas, entre otras, de la fisonomía, vamos a llamarlo así, del actual momento histórico de nuestro pueblo.

Hace 27 años nuestro país vió el cambio de una soberanía por otra, la sustitución de una por otra bandera y tuvo que disponerse a continuar viviendo en contacto con un pueblo nuevo, al amparo de instituciones nuevas, resultando, como es natural, la perplejidad en los primeros momentos, la confusión más tarde y en último término la adaptación, pero una adaptación a costa de una verdadera conmoción que ha alcanzado a nuestro pueblo en todos sus estratos sociales, afectando el mecanismo de su vida económica, política y social. No estaba acostumbrado nuestro pueblo a la vida de la libertad y al goce de los derechos ciudadanos amplios, aunque ambas nobles aspiraciones vivían en el fondo de su espíritu y al entrar bruscamente en una era de libertad plena, la confusión de que hablamos al principio era natural y lógica.

Aún estamos en estos momentos como una inmensa serpiente que moviera sus anillos en ondulaciones caprichosas, suaves en ocasiones y violentas a veces, para acomodarse a condiciones climatéricas que les fueran hostiles. No nos asusta la perturbación, esperamos confiados en que una sabia política de una parte, la escuela de otra y una justa resolución para nuestro fundamental problema económico, harán el milagro, borrarán las asperezas y no está lejano el día en que el buen pueblo de Puerto Rico, bien adiestrado, dé al mundo el envidiable espectáculo de un país sobrio, juicioso, laborioso y grande en el más amplio concepto del vocablo.

No pedimos a la escuela sabios ni eruditos, pedimos hombres con un concepto claro de sus deberes sociales y de sus deberes para con Dios, hombres que sepan en un momento de ofuscación discernir sobre las responsabilidades que un acto delictivo apareja; en otras palabras que el que delinca lo haga consciente de su propia responsabilidad.

Es trascendental el motivo básico que ha determinado la convocatoria del Jefe de Justicia en Puerto Rico, para conocer la opinión de aquellas entidades, colectivas o individuales, que pueden aportar luces en el problema de la criminalidad en nuestra tierra, que tan dolorosas proporciones ha tenido en estos últimos años.

Como aquí hemos de oir opiniones distintas sobre los diversos tópicos que abarca el problema fundamental, en este capítulo solo hablaremos de las causas predisponentes de la criminalidad en Puerto Rico, de carácter social. Para informar con claridad nos referiremos a ellas en el orden siguiente:—

1o.—Indigencia: miseria fisiológica.

2o.—Influencia perniciosa de la política.

3o.—Influencia de las luchas económicas.

4o.—Relajamiento de las costumbres; carencia o pobreza del sentido moral.

5o.—Influencia perniciosa de las agencias de publicidad y espectáculos, comprendiendo el teatro, el cine y los periódicos.

* *

Relajamiento de las costumbres; carencia o pobreza del sentido moral.

Al abordar este aspecto de la cuestión, necesariamente tenemos que estudiar separadamente las causas que determinan los crímenes en nuestras masas campesinas y las que determinan los crímenes en las ciudades.

Las industrias, que tienen su mayor grado de actividad en nuestras poblaciones principales, no son tan amplias que atraigan hacia ellas la gran mayoría de nuestra población rural, como ocurre en los Estados Unidos, en Alemania y en Inglaterra: en los talleres, miles y miles de obreros de ambos sexos y de todas las edades encuentran el trabajo diario cuya remuneración cubre las necesidades del vivir.

En Puerto Rico, nuestra gran masa rural vive hambrienta, desnutrida; nuestro tipo campesino se desenvuelve en un medio de dificultades sin cuento que obstaculiza sus naturales tendencias al bien; hay un número incontable de circunstancias hostiles. El trabajo, es decir, la ocupación es irregular; jornales escasos; vivienda inadecuada; sol y humedad en exceso y el tipo fisiológico rayando en el desquiciamiento total.

Uncinaria, alcoholismo envenenador, mancebía, hacinamiento en las viviendas y embotamiento del sentido moral, tales son las características de nuestros campesinos, en una proporción desconsoladora.

Citemos algunos hechos nada más.

¿En qué forma cobra el campesino su salario, cómo lo gasta?

Salvo contadas excepciones cobra poco, fuera de tiempo y además lo invierte mal.

El trabajador jefe de familia es el sostén de su esposa, de sus hijos y con mucha frecuencia de algún pariente inválido o sobrino huérfano. Veamos cómo desarrolla sus actividades: Empieza a trabajar el lunes bajo un sol de fuego, en ocasiones sobre terreno seco, pero en otras en los pantanos palúdicos o sobre la humedad uncinárica. Como no cobra hasta el sábado, compra a crédito cuanto necesita durante la semana. Los artículos de primera necesidad después de pasar por unos cuantos intermediarios, entre el almacén y el consumidor, llegan a la mesa del labriego, malos, a precios usurarios y en su consecuencia en cantidad insuficiente para una regular ración alimenticia.

Como el salario no alcanza para pagar la tienda y como a la vera del camino está el garito, que funciona impunemente, allá va el campesino con su escaso jornal en la esperanza de duplicarlo. Pierde siempre su dinero, malgasta las horas del descanso y el lunes sin crédito y sin vigor, ambula, con la mente llena de visiones sombrías, y como por otra parte la uncinaria, el paludismo, o el veneno alcohólico están minando su salud, este hombre, que en condiciones favorables hubiera sido un honrado padre de familia, camina inconscientemente ayudado por su carencia de sentido moral hacia la realización de hechos punibles. De manera que tenemos un tipo delineado, bien desgraciado desde el punto de vista de la salud física. ¿Qué vamos a esperar de estos infelices que así viven y así son?

Los delitos realizados entre nuestros campesinos, de vez en cuando, revisten caracteres de ferocidad y salvajismo, que

realmente horripila en ocasiones su extravagancia. Pero en términos generales son delitos pasionales los que encontramos entre ellos, delitos en los que el fin principal es la venganza y en los cuales el sujeto entiende que dicha venganza es un mandato del honor, ejerciéndola y realizando las mayores violencias, como si la violencia fuera para ellos un derecho, según dice un tratadista.

La indigencia, como es natural, induce principalmente a los delitos contra la propiedad.

En nuestras ciudades, la falsa representación, el hurto en todas sus formas y los delitos contra la honestidad son los que más que hacer dan a nuestros tribunales de justicia.

Los llamados delitos de sangre ocurren en nuestras ciudades principalmente, como motivo de discusiones o pendencias súbitas. La comisión de estos delitos está favorecida por la tendencia manifiesta de nuestro pueblo a portar armas.

El tipo del delincuente campesino que acabamos de delinear, hijo de la indigencia y la carencia de sentido moral, también lo encontramos en la ciudad. A la mancebía, alcohol, naipe, uncinariasis y hambre, acá se suma la sífilis, y la tuberculosis; el hacinamiento en las ciudades es también mayor que en los campos y para apreciarlo hay que llegar hasta las viviendas de los infelices en los suburbios de las poblaciones. La pareja procreadora y los hijos de todas las edades duermen, comen, se asean, se visten y desvisten en la misma habitación. Los hijos, con ojos y oidos aptos para ver y oir más de lo conveniente, moldean su espíritu en este ambiente de descuido moral que los macula para toda la vida.

Los indigentes de las ciudades y de los campos son los mismos hermanos en el desamparo, hijos de la desgracia, caminan por la tortuosa senda de la corrupción que fatalmente conduce a la comisión de faltas leves primero y de delitos graves más tarde.

No sostenemos que la indigencia conduzca fatalmente al crimen, pero afirmamos que ella predispone al crimen.

* *

Influencia perniciosa de la política.

La política en Puerto Rico no creo yo ciertamente que tenga carcateres especiales; aquí, desde la tribuna pública y desde los periódicos, se le dice a las masas más o menos lo mismo que se le dice en cualquier parte del mundo. La política enciende las pasiones e incita a la violencia. Lo que pasa en nuestro país es que las masas no están, en términos generales, preparadas para oir y después aquilatar en el fondo de su conciencia todo lo que han leído y oído y luego resolver por su propia voluntad.

No hay ideales, lo que hay es sugestión: en el fragor de las luchas políticas y aún después de las campañas políticas nuestras masas sufren perturbaciones de su psiquismo, viniendo a ser en último término juguete de aquellos que con más fortuna o con más oportunidad les hablan.

Nuestras masas campesinas son llevadas como verdaderos rebaños hacia las urnas electorales. Ellas se mueven automáticamente en la dirección que les señala el amo del predio, que en condiciones normales pasa indiferente ante sus miserias y dolores, pero que abre su bolsa sin regateo para mover en las campañas a los fabricadores de discursos, favoreciendo así, en algunas ocasiones, nobles esperanzas de mejoramiento de nuestro pueblo, pero en otras muchas ejercitando venganzas personales o satisfaciendo ambiciones desmedidas.

Desde este punto de vista no hay partido político alguno que en Puerto Rico se sienta exento de culpa.

Hemos tenido épocas verdaderamente dolorosas de perturbaciones sociales, hijas indiscutiblemente de la política. Todavía en la actualidad, cuando suenan las primeras bombas explosivas anunciando las campañas eleccionarias, nuestra estructura social se conmueve toda y los crímenes políticos ensangrientan nuestra tierra, sin que haya manera posible de evitarlo.

La confianza en la influencia del cacique o padrino político es responsable de la comisión de muchos delitos, no importa que esa confianza resulte en último término defraudada; hay elementos que creen que la justicia puede torcerse ante las recomendaciones de los que mandan y dirigen, ellos opinan que los ricos y poderosos pueden eludir la acción de la justicia tal como rezan aquellos versos de Shakespeare, que dicen así:—

"Viste de oro el delito, y sin ofensa de nadie
Se romperá en él el asta poderosa
De la justicia; vístelo de harapos,
Y una débil pajilla en manos de un pigmeo
Lo herirá."

No creo que haya necesidad de desmenusar el tópico citando casos específicos, porque aparte de que esto no conduce a nada práctico, la verdad de estas observaciones está en la conciencia de todos.

* *

Influencia de las luchas económicas.

Las luchas económicas han despertado también en nuestro pueblo gestos de rebeldía y así hemos visto en las masas campesinas y en las conglomeraciones obreras de las ciudades, cómo tras las pérdicas de teorías radicales se han encendido en ellas el odio y los prejuicios, perturbándolas y empujándolas a la comisión de delitos que de otra manera no se hubieran realizado.

* *

Relajamiento de las costumbres; carencia o pobreza del sentido moral.

El abandono que se observa de las prácticas de la cultura, del buen comportamiento en el hogar y fuera del hogar, alcanza a todas las etapas sociales. Proporcionalmente tienen una responsabilidad inmensamente mayor los elementos sociales colocados en primera línea en el orden de la cultura y del bienestar individual.

¿Qué correctivo hay para una niña adolescente aún, de formas esculturales que lleva el traje más arriba de las rodillas o descotes provocativos o tal escasez de ropas sobre sus carnes que despiertan relámpagos de lujuria en el sexo fuerte, principalmente en los jovencitos?

¿Que sanción hay para los padres de familia que tranquilamente se retiran a descansar después de las doce dadas, sin que sus hijos hayan regresado al hogar y sin saber en qué andanzas andan metidos?

¿Qué sanción hay para esas madres de familia, cuyas niñas caminan solitas con sus novios respectivos por playas y paseos públicos y después de una noche en el cine con sus tentadoras obscuridades regresan al hogar, sin más acompañantes que el adolescente que las corteja?

¿Qué sanción hay para estos hijos de familia muy jovencitos, que en los cines hacen exclamaciones de erotismo impropias de su edad, según sea el tono más o menos rojo de las escenas que ven en la pantalla?

¿No son estos hechos responsables de los crímenes pasionales que se han registrado en nuestro país, en los que actúan como protagonistas niñas y niños de edad temprana? Los suicidios, hijos de contrariedades amorosas, son el resultado en parte, de este relajamiento de las costumbres existentes en nuestro país.

* *

Influencia de la publicidad.

El teatro ejerce una influencia decisiva en el psiquismo de los espectadores. No hace mucho que un verdadero escándalo se produjo en nuestro teatro municipal, ante el rojo vivo de las escenas con que se pretendía solazar un auditorio de personas decentes.

Pero lo que realmente está produciendo una honda perturbación en todo el mundo es el cinematógrafo. Son ellos escuelas abiertas, en donde se enseña por los métodos más eficientes, cómo se roba en las altas esferas sociales y cómo se roba por los degenerados hijos del hampa. En los cines se enseña la infidelidad de los esposos; viejos y jóvenes encuentran cómo se engañan a tímidas niñas, cómo se violentan cajas de caudales, cómo se incendia, cómo se viola y cómo se prostituye a menores. Todo esto con información escrita, llena de chavacanerías y envueltos los espectadores en una inevitable obscuridad, que no deja ver quienes son los que se solazan y quienes los que muestran en su rostro el desagrado que tales escenas le producen.

La prensa de todos los matices, pero sobre todo la prensa de información diaria, relata de una manera tan cruda los crímenes y principalmente los pasionales, que a veces se hace imposible dejar llegar a manos de los niños en los hogares, los periódicos que contienen tales informaciones. Estas narraciones a que nos venimos refiriendo, van encabezadas siempre con grandes titulares y en sitio preferente. En ocasiones, tras una narración de romanticismo cursi aparece el autor del delito como el héroe de una novela folletinesca. Claro está que estas lecturas ninguna influencia ejercen en la mente de las personas mayores, de alguna cultura y educación, pero la ejercen, de úna perniciosidad sin límites, entre los elementos impreparados y principalmente en aquellos en quienes despiertan dormidas pero latentes inclinaciones hacia el mal. En los adolescentes, en los cuales el sentido moral es rudimentario, es fatal la influencia de tales relatos.

La imitación es motivo de crímenes, y hemos visto cómo los suicidios se suceden uno tras otro en determinadas épocas.

Afirmamos que en los niños de corta edad el sentido moral no existe y aún en los adolescentes su desarrollo es rudimentario; hay en ellos una manifiesta tendencia a la mentira y al engaño; siempre son actores en la realización de hechos en los que para nada interviene la reflexión.

Los remedios a estas causas predisponentes que venimos señalando, y que se tratarán en otra parte de este informe, han de ser necesariamente de muy compleja estructura.

Antes de señalar los remedios, queremos dejar establecida aquí nuestra opinión, de que es positivamente un aliciente para la comisión de ciertos delitos, la forma en que se impone y se cumple la pena.

Nuestro presidio insular no reune en la actualidad aquellas condiciones necesarias para establecer una científica clasificación de los reclusos, resultando que el que cumple una condena no la siente con una gravedad proporcional a la magnitud del delito cometido. Muchos de los

que salen anhelan volver a entrar, porque la reclusión es en último término una práctica solución para aquellos que, borrada en su conciencia toda noción de delicadeza espiritual, visten con singular tranquilidad y frescura la infamante indumentaria del presidiario.

Dos factores esencialísimos juegan un papel importante en todo problema de carácter social: estos factores son, el hogar y la escuela. Pueblos cuyos hogares están constituídos a base de amor, respeto y virtudes cristianas son pueblos ideales. Sin temor afirmamos que en Puerto Rico hay mucho que hacer en este sentido, hay mucho camino que recorrer para acercarnos al ideal.

La ilegitimidad, cuando va acompañada del abandono de aquellos elementales deberes que contraen los progenitores, es una causa determinante de malestar social. Sinceramente creemos que es éste un asunto que debe preocupar la mente de todo hombre de pensar elevado y de nobles y generosos sentimientos.

Los hombres que abandonan a sus hijos al desamparo, sean estos legítimos o ilegítimos, que no sólo les niegan el pan que alimenta el cuerpo sino que les niegan también la ayuda espiritual, los consejos y la protección para guiarlos por el sendero del bien, son indudablemente reos de delito grave que debieran ser severamente castigados.

No deseamos entrar en grandes detalles en cuanto a la escuela se refiere, hasta que llegue el momento de señalar los remedios a los males existentes.

* *

II

AGENTES CRIMINÓGENOS DEL DELITO DESDE EL PUNTO DE VISTA BIOLOGICO.

SU PREVENCION

Si fuéramos a enumerar todos los factores de carácter biológico que actúan unas veces como causas determinantes, otras como coadyuvantes y las más como predisponentes del delito, en verdad que tendríamos que recorrer todo el campo de la psiquiatría y en relación con ésta el de la patología; pero si bien es verdad que tratamos el crimen en su aspecto biológico, y por tanto, médico, también es cierto que debemos hacerlo en estilo y fondo comprensibles a todos, ya que los que tienen que sacar conclusiones del mismo no son hijos de Esculapio sino de la diosa que, según la mitología, al aparecer el crimen en la tierra en la edad del oro, la abandonó para volar al Olimpo transformada en Astrea, la diosa del Derecho, la de los ojos vendados para no ver a quien juzga, y la de la balanza en la diestra para pesar con equidad los actos y acciones que le encomienda el augusto ministerio de la impartición de Justicia.

En tal concepto, sacrificaremos hasta donde sea factible en beneficio de la sencillez gran parte de la terminología médica en cuanto a la forma, y complejas disquisiciones teóricas en cuanto al fondo, e iremos al campo de la experimentación a asomarnos al ocular del microsco-

pio a sorpender los secretos de la vida y a presenciar la lesión anátomo-patológica de la célula enferma, deleitándonos en la contemplación y estudio del mundo de lo infinitamente pequeño; ganando el dintel del anfiteatro de disección anatómica y sobre una de sus mesas, estudiando una gélida entraña, un órgano, o un miembro desgarrado del organismo, como una rama de su tronco; consultando al laboratorio, como sibila científica, acerca de lo que nos dicen las reacciones de sus retortas en el orden químico desde el punto de vista de las intoxicaciones y de lo que nos cuenta en el orden biológico en relación con la vida de los micro-organismos bacterianos, y por último, reverentemente, consultando la clínica, la maestra de la vida, la que sabe de todos los secretos, desde la secreción de una bacteria, agente tóxico de un proceso morboso, hasta la secreción interna de un órgano determinador de un cambio en el carácter o temperamento de un individuo, o de una función generadora de una perturbación psíquica, como sucede en los casos catameniales.

En nuestra exposición no consideraremos la doctrina de la responsabilidad del agente o sujeto del crimen, el desgraciado delincuente, como un afiliado o adversario a credo filosófico, religioso o metafísico alguno, por lo cual, no especularemos ni sobre el libre albedrío, ni sobre la doctrina anímica, haciendo derivar el concepto de la responsabilidad, del sujeto criminoso, del estudio, no de su yo, sino, de la integridad de su neurona cerebral o de la injuria de sus células y tejidos anatómicos.

En tal concepto, establecemos como premisa, que no podemos hablar de prevención y curación de la criminalidad, sino de prevención, represión y curación del criminal, pues de igual modo que el concepto clínico admitido como axiomático es, que los médicos no tratamos o curamos enfermedades, sino enfermos, siendo el crimen una enfermedad toxi-infecciosa del medio social, no puede el sociólogo hablar del tratamiento del proceso morboso social en general sino del sujeto del mismo, que a su vez es objeto de perturbación y desequilibrio del medio u organización jurídica en que vive.

Los factores biológicos del crimen son tantos, que enumerarlos sería recorrer toda la escala de las neurosis, psicopátias y enfermedades infecciosas y tóxicas; pero podemos agruparlos en cuatro grupos: (a) herencia, (b) medio, (c) infecciones, (d) tóxicos, que llamaremos el cuadrilátero fatal, en cuya área queda incluída toda la etiología morbosa que enferma la conciencia del delincuente y le convierte de una entidad social útil en un objeto de repudio del medio en que vive, en el que los más ignorantes le consideran como una vergüenza de la sociedad, los deterministas como un irresponsable, y la ciencia como un enfermo.

(*a*) *La Herencia* juega un papel importantísimo, es a veces el eje alrededor del cual gira toda la desgracia del delincuente; ella, trasmitiendo taras degenerativas, sellando con el estigma de vicios atávicos, trasmite a la prole la predisposición a veces y la causa otra, de procesos innúmeros, entre los cuales se encuentran principalmente, la locura, la neurosis y las degeneraciones criminosas.

(*b*) *El Medio:* en éste juegan un papel de gran importancia la higiene, la nutrición y el trabajo.

La higiene asegurando vida en armonía con los postulados de la salud, la nutrición, evitando la miseria fisiológica, y el trabajo, no dando lugar al surmenaje que

extenúa y agota la célula orgánica y debilitándola, la predispone a graves procesos morbosos que pueden a su vez convertirse en factores coadyuvantes del crimen.

(*c*) *Factores Infecciosos:* Señalaremos sólo las psicosis, neurosis, y entre estas, las manías, desequilibrios, degeneración, demencia, epilepsia, histeria, corea y especialmente en la mujer, ya que ella según reza el aforismo latino lo es por su matriz: "Mulier propter uterus est" consignaremos las psicopatias de origen catamenial, gravídica, puerperal y menopáusica.

(*d*) *Factores tóxicos:* El principal y más nocivo por su generalización lo constituye el alcoholismo, el cual, a pesar de la prohibición, no parece haber disminuído en nuestra Isla; teniendo también entre otros, el saturnismo, morfinismo, y cocainismo, y especialmente el paludismo y la uncinariasis.

Ahora bien, si de estos procesos morbosos pasamos al estudio de su patogenia y de ésta a su etiología, encontraremos que hay un factor importantísimo y agente responsable casi siempre. El es la sífilis. Luego si el crimen ha aumentado, si la ola de delito tiene como explicación razón de índole biológica, entonces el coeficiente de sifilíticos debe haber subido en relación con el incremento que haya tomado la criminalidad, y para ver si ello es así, estudiamos el índice luético nuestro a juzgar por las estadísticas del último cuatrienio del Laboratorio Biológico de Sanidad, que es como sigue:—

Año 1921-22. Se hicieron 2090 reacciones Wasserman con un resultado de 742 positivas, equivalentes a un 35.5%. En el 1922-23, el número de exámenes ascendió a 3120, con 1081 positivas, o sea 34.6%. En el 1923-24, se analizaron 6764 muestras, la cual resultaron 2379 positivas, o sea 34.9%, y el año pasado 1924-25, el número de exámenes practicados se elevó a la cifra de 15,033, con un resultado de 3493 positivas o sea 23.2%, o menos de un 10% que cualquiera de los tres años anteriores.

Claro está que estas estadísticas son relativas, pero ellas nos sirven para tener una pauta al afirmar que la avariosis no ha aumentado, sino que por el contrario, su índice ha bajado en un 10%, y siendo esto así, estamos forzados a declarar desde el punto de vista biológico, que al no aumentar el factor predominante en las psicopatías y neurosis, o sea la sífilis, si es que la criminalidad ha aumentado no es en esta fuente donde encontramos el origen causal de dicho mal.

Además hemos señalados otros factores, unos de carácter infecciosos y otros tóxicos, que también juegan papel importante en la génesis del proceso morboso psicopático, pero si consultamos las estadísticas nosológicas, también encontraremos la ausencia de exacerbación que pueda haber repercutido hasta perturbar o bien la estructura anatómica o la función psicológica del eje encéfalo-medular, por lo cual llegamos a la conclusión, que si es que existe tal aumento de criminalidad, hecho que no se ha demostrado aun con estadísticas, salvo en los delitos de sangre, no es en el sujeto agente delincuente donde biológicamente encontramos la explicación, la cual podría extraviarnos y considerar erróneamente a nuestro pueblo como uno de tara criminosa.

* *

Medio de Prevención.

(Profilaxis.)

La sociedad, que no es otra cosa que un conglomerado de individuos, es un organismo análogo al humano; ella enferma de igual modo que lo hace aquel por la

injuria que recibe la célula o grupos de células en un órgano o un miembro, injuria que repercute sobre toda la economía.

Al estudiar los medios de prevención tenemos que combatir nuestra teoría penal, la cual declaramos arcáica y anticientífica, toda vez que está basada en el castigo, cuando de acuerdo con la orientación científica del presente, debe estar establecida sobre el sistema de defensa social.

La sociedad es un equilibrio de deberes y derechos garantido por el Estado, y cuando un criminal comete una trasgresión de ley, cuando un individuo vulnera derechos ajenos, cuando un delincuente no cumple con los deberes que reciprocan los derechos que él disfruta en la vida de relación social, entonces se comete el delito, viéndose obligada la sociedad, representada por el Estado, a restablecer el equilibrio perturbado o roto por el delincuente.

¿Cómo debe restablecerse el equilibrio? ¿Por medio de una sanción punitiva, remedio de la antigua ley de venganza?

No, los progresos de la antropología, el gran avance de la psiquiatría, en una palabra, la revolución hecha por la medicina en el campo de la criminología, han determinado una nueva ruta en la concepción de la responsabilidad del sujeto delincuente y de la pena que merecè el acto criminoso efectuado; de tal manera, que no se acepta la pena como un castigo que impone la sociedad, sino como el ejercicio que ésta hace de un medio de defensa social, y para ello dichas penas se dirigen a reformar aquellos delincuentes curables, recluibles transitoriamente en cárceles o penitenciarías reformatorias o en manicomios y a la secuestración perpetua en presidios de aquellos desgraciados fatalmente incurables, o sea de los inadaptables de nuevo al medio social.

También entre las medidas de prevención es bueno señalar, que jugando la herencia un papel indiscutible en las taras criminosas, debería existir cierta legislación regulando los matrimonios, desde el punto de vista de la eugénesia, ya que el hombre no tiene derecho alguno a engendrar una prole degenerada como fruto de sus vicios y concupiscencias morbosas.

Y por último, aunque pueda repugnar a algún temperamento sentimental, señalaremos también como medio de profilaxis criminosa la esterilización de aquellos criminales de tara degenerativa y estigmas morbo-psicológicos, pues la sociedad ejerce un perfecto derecho al evitar la procreación entre individuos morbosos que lo que van a engendrar es, en vez de una criatura bella y humana, una repugnante y repulsiva monstruosidad moral.

Creo que esta medicina profiláctica es de rara indicación en nuestra isla, pero cumplimos el deber científico de apuntarla, pues siendo nuestros criminales de los clasificados entre los ocasionales, es al medio ambiente donde hay que ir a buscar la causa, que a veces no es otra que la satisfacción de una necesidad fisiológica o la imposibilidad de resistencia ante un impulso de carácter pasional, o en otras palabras, el hambre con su cara trágica, amenazando de muerte, o el amor, fuente de vida, pero también causa de muerte.

* *

III

REMEDIOS IMPRESCINDIBLES

No es extraño que se aduzca como razón, para desconfiar del éxito, que el problema es de una complejidad tan alta, que no asoma a la mente un camino recto que seguir, para establecer un procedimiento con que atenuar siquiera la ola de disgustos que invade a los hombres prudentes de nuestra tierra.

Existe el asombro y con asombro sacan la cabeza la inquietud y el temor, porque al despuntar el sol en cada mañana, anuncia en los hogares en que se recoge la paz y el trabajo, un crimen de sangre que agregar al del día anterior, y que vislumbra el del día siguiente. Puede ser, no lo dudamos, que el malestar y la inquietud que trastorna la serenidad de la vida en los espíritus, no se deba a que las cosas no sean hoy en Puerto Rico de distinta manera a como fueran hace algunos años y que debemos anotar en el debe de la publicidad el hecho morboso de que nos venimos ocupando con muchísima razón y con muchísima más necesidad que razón. Repetimos que la zozobra, el malestar, la inquietud y la desconfianza,reinan soberanamente en el país, debilitan el espíritu y hacen pensar de una parte en la defensa, de otra, en la huída a lugares en que el derecho a la seguridad personal y a la propiedad encuentre mayor protección que en nuestra buena y mansa Isla.

En todos estos casos, cuando se rompe la normalidad de la vida, en una sociedad, antes que acudir al estudio de las causas que motivan la anormalidad, se vuelve el rostro a aquellos a quienes la sociedad confía la custodia de su propiedad y de su vida. Y a poco que la lente de la investigación encuentre campo en que sorprender las manchas del abandono y de la indiferencia, se ha de dar forma, sin querer, a la protesta vigorosa, en solicitud de amparo y protección, llamando al cumplimiento del deber a aquellos que tomaron a su cargo la altísima misión de velar por el reinado de la paz y del orden, necesarios para los adelantamientos del trabajo y del progreso.

Cuando una sociedad pasa por el estado de angustia en que se encuentra Puerto Rico hoy día, esa sociedad tiene el deber de revisar los poderes que dió a los ciudadanos a que confió su bienestar para ver si están en orden, si deben ser confirmados, o por el contrario, reformados o retirados.

Claro es, que las manifestaciones populares adolecen del defecto de la exageración, porque son miles de miles las voces que exteriorizan un sentimiento que ha de producirse con todas las modalidades varias de la sensibilidad personal de los componentes del todo. Pero si esto es cierto, no lo es menos que la voz robusta, siquiera sea chillona o desagradable, denuncia, cualquiera que sea el tono, un motivo real, el cual en gracia a la conservación del bienestar de la comunidad, debe ser investigado en sus elementos básicos. Y éste es el caso en que nos encontramos hoy en Puerto Rico. El malestar es profundo; el disgusto esencial; la tranquilidad ha huido de los hogares, y la desconfianza impera en todos

los espíritus. No hay fe; en nada se cree; de todo se duda. La situación es anormal y demanda un esfuerzo colectivo. Juzgáramos de la importancia del problema que estudiamos por el tono alto que se estila en la vía pública para criticar, censurando las manifestaciones de la justicia, y nos expondríamos a cometer error, del cual es preciso huir. Ya no hay duda de que una parte del mal que nos aqueja reside en una enfermedad de procedimiento de la justicia y en cada casa, en cada pueblo, en cada circunstancia se manifiesta de modo distinto, coincidiendo no obstante en todas partes en un punto fundamental, consistente en la falta de interés y de actividad en los organismos inferiores, incompatibles con la rectitud y con la fijeza que marcan el deber, en funciones tan delicadas como son la distribución de la justicia.

Repetimos que estas líneas no tienen otro valor que el de responder a la voz pública y que en los momentos en que surge el descontento, la desconfianza en los tripulantes del barco, que amenaza hundirse, las miradas y las ansiedades se vuelven instintivamente al Capitán. En Puerto Rico, en los momentos actuales, cuando se siente el frío del disgusto en todos los espíritus, la mirada se vuelve al Capitán y el Capitán es el funcionario administrativo de la justicia.

No vamos, porque no es nuestro propósito, a hacer hincapié ni a tomar bases para nuestras indicaciones, en lo que las gentes cuentan—eso resultaría vulgar y no debemos entrar en ese terreno.

Pero es también verdad, que los hechos que vienen al dominio público, acerca de los procedimientos judiciales que llaman la atención por la disparidad notable entre la comisión del delito y la aplicación de la pena, necesariamente exigen una explicación, que en muchos casos no resultaría satisfactoria para el conglomerado social. De aquí que los remedios que creemos aplicables al mal sean de dos clases fundamentales: unos, que podríamos calificar de remedios directos o substantivos, que no pueden dirigirse sino a evitar que la penalidad aplicada en las transgresiones de la Ley sean inversamente proporcional a las condiciones de riquezas o influencias políticas de aquellos que resultan responsables. Los otros, lentos, adjetivos, aunque seguros, son remedios indirectos, que han de actuar sobre el individuo y no halla otro sitio para su aplicación que la Escuela, y los medios auxiliares de la Escuela.

Los medios directos han de actuar sobre la administración de la justicia y tienen su sitio en el procedimiento penal, reformando y vigorizando la acción, para impedir toda clase de deficiencias dañosas al crédito de la justicia y a la tranquilidad de la familia.

Los medios indirectos no tienen otro haber, otro escenario, que la Escuela. En ella, desde las primeras edades del ciudadano, hay que formar su alma, dotándola de todas las virtudes y alejándola de los extravíos de la moral social. En la escuela hay que formar al ciudadano, el cual no es precisamente el hombre de inteligencia, el hombre de mente desarrollada, sino el que, además de la nutrición de su intelecto con los conocimientos de los hechos del mundo, prepara su alma, establece su moral, para hallar con ella y por ella facilidades en la vida, convirtiéndose en elemento útil a la sociedad.

No hay que decir, que insistimos, en esta ocasión, en lo que en tantas otras se ha dicho; sintetizamos nuestra creencia acerca de la necesidad de desarrollar el sentido moral en nuestro pueblo, carente de él, en términos generales, haciéndolo de modo regular, graduado, intenso y per-

sistente, de tal manera que el ciudadano en su vida posterior a la escuela, larga o corta, se vea siempre asistido en los momentos de duda o tribulación, de los principios salvadores del conocimiento del bien y del mal, de las reglas de una vida ordenada, uno de cuyos axiomas es "Que no se debe dañar al vecino para que el vecino no le dañe a uno". Y pedimos, de modo preciso y terminante, que del mismo modo que en las escuelas se enseña al niño a leer, a escribir y a contar, se le enseñe una asignatura que se llama, MORAL, con la misma intensidad con que se graba en sus cerebros las ideas de las combinaciones del número, las de la palabra o las de los hechos en la historia.

No es un hombre de educación acabada, aquel que no une a la instrucción y a la educación mental, la educación moral y la física.

Como medios auxiliares a estas proposiciones, estimamos que es de necesidad que el pueblo, en el momento de indecisión en que nos hallamos, haga un esfuerzo, llamando al orden a los ciudadanos para que dé un paso atrás, en el camino rápido que llevamos hacia el desórden, hacia la corrupción de las costumbres, al final de cuyo camino se encuentra la destrucción, estableciendo reglas de conducta para el ciudadano, de observancia obligatoria fuera del hogar.

Esas reglas llamadas ordenanzas municipales, deben ser formuladas, sancionadas, y mantenidas de modo riguroso, en todos los sitios públicos en donde alcance la acción de los cuerpos directores municipales. Demás está decir, que esa acción tiene lugar predilecto en los puntos de reunión pública y, de modo especialísimo, en los cinematógrafos a los cuales hemos de hacer responsable de gran parte de los daños que la humanidad viene sufriendo, por lo que hace a la corrupción de las costumbres.

El público queda invitado en el momento actual a una reacción vigorosa, que nos ponga a salvo de los males que sufrimos y de los más graves que se avecinan.

Es indudable que entre los medios de investigación a que debemos acudir, para conocer mejor los hechos que enunciamos, existe el de la creación de un Instituto de psicopatía antropológica, en el cual se conozcan por el número y las tablas que dicte la observación, las reacciones psíquicas del individuo y nos den la pauta que debemos seguir para distinguir al hombre enfermo del hombre sano; averiguar las taras hereditarias y los coeficientes anormales del primero en parangón con los del segundo que camina con paso seguro y cerebro seguro hacia una finalidad de amor y caridad.

Como medio auxiliar, hemos de consignar lo que muchas veces la Asociación Médica de Puerto Rico ha pedido a los representantes del pueblo, que es la formación del cuerpo de médicos forenses que actúen constantemente en el ejercicio de sus conocimientos profesionales sobre el cuerpo muerto y en actuaciones diversas concurrentemente con la administración de la justicia.

Hase entendido, lo mismo que lo entiende la Asociación Médica de Puerto Rico que tal invación es necesaria y que como en otros pueblos lograríamos especializar un número de nuestros mejores facultativos en investigaciones que la justicia exige para proceder con rectitud e imparcialidad.

TRIGEMINAL NEURALGIA AND ITS TREATMENT

By

K. Winfield Ney, M. D.,

Dean and Professor of Neuro-surgery, New York Polyclinic Medical School and Hospital.

Though tic douloureux has been recognized as a distinct clinical entity for more than 120 years, its etiology remains obscure and its pathology undetermined. The paroxysmal character of the sharp, lancinating facial pain is so characteristic of this distressing malady that there is usually but little difficulty in making a positive diagnosis based alone upon the patient's description of the pain.

There are, however, several painful affections involving the trigeminal area which are not typical paroxysmal trigeminal neuralgias and which must be carefully difrenetiated from the true case. It is not uncommon to find in the course of a migraine that most of the pain is located in the trigeminal area, often in the region of the first division, but there should be no difficulty in differentiating an attack of migraine, which is periodic in its recurrence and usually having a gradual onset, increasing in severity, reaching a climax, and fading away after a period of pain and discomfort lasting from 12 to 48 hours. The pain of migraine, commonly known as "periodic sick headache" is usually dull rather than sharp, and described as throbbing. The facial pain that occurs in diseases of the accessory sinuses, in spheno-palatine neuralgia, and various other disorders of the face, gums and teeth, may suggest trigemial neuralgia, but a careful consideration of the pain characteristics will usually serve to differentiate definitely the typical from of facial pain from that of the typical trigéminal neuralgia.

The pain of paroxysmal trigeminal neuralgia is severe and essentially short; it is distinctly paroxysmal in character, striking the patient without warning. A paroxysm usually lasts a few seconds and rarely longer than a few minutes. It is characterized by patients as being excruciating; as though the face were being penetrated by a "hot iron", or by "jagged lightning." It is commonly described as burning, boring, cutting, piercing; like the touching of an exposed nerve of a tooth. While a single paroxysm lasts usually but a few seconds, frequent repetition of these shocks may occur during an attack. The attacks of trigeminal neuralgia may be separated by an interval of months or even years. Occasionally an attack may last a few days or weeks, after which the neuralgic pains may not again be felt for a period of weeks or months. Often, however, there is but little intermission between attacks, and the patient has a series of daily paroxysms for months, and occasionally we have patients apply for relief who have had these excruciating paroxysms of pain occuring daily, or many times each day, for years.

The course of a paroxysmal trigeminal neuralgia is essentially chronic. The disease, at first usually limited to a single division of the trigeminal nerve, tends toward a progressive involvement of other

branches. The pain is usually referred to the periphery, and commonly involves the angle of the mouth, the upper or lower lip, or the ala of the nose. In these areas, the touching of the skin is often sufficient to induce a paroxysm of pain, and hence have been termed by Patrick "dolorogenetic zones". Occasionally such a zone may be located in the tongue, in the buccal membrane, or in a single tooth. In many patients, any irritation of a dolorogenetic zone will produce a characteristic paroxysmal pain, and a patient with true trigeminal neuralgia is usually very reluctant in permitting the examiner to touch this zone, for fear of precipitating an attack. These patients live in almost constant dread of inducing an attack, which may be instigated by: washing the face; shaving or stroking the beard; drinking cold liquids; and occasionally even the taking of food.

More than 70 per cent of patients reporting for treament have had all their teeth extracted from the affected side. Many have been mutilated by ill advised operations on their sinuses and gums in the hands of physicians and dentists who fail to appreciate the clinical aspects of the affliction. I have never seen a case of true paroxysmal trigeminal neuralgia relieved by any operation upon the teeth or sinuses, nor is the condition influenced by the use of medication. The only hope of relief in typical cases lies in the surgery of the trigeminal tract.

The surgical procedures in general use consist in: alcoholic injections of the terminal branches or the gasserian ganglion; in division or avulsion of the peripheral branches of the trigeminal trunk, or the posterior root of the ganglion. While alcoholic injections of the supra-orbital, infra-orbital, and third division of the trigeminal nerve, when sucessfully accomplished, may give relief for one or two years, and occasionally longer (though rarely so), the procedure must be repeated with less satisfactory results. It is only in exceptional cases that the relief obtained by alcoholic injections is permanent, and sooner or later the unhappy victim is driven to seek relief through the more radical operation of division of the sensory root of the ganglion. Peripheral operations upon the branches of the trigeminal nerve give relief only until nerve regeneration takes place, after which the patient is again subjected to the tortures of the attack. Attempts at alcoholic injection of the ganglion through the foramen rotundum are successful in about one-third of cases, but the relief here is usually only transient; and the injection is so commonly fraught with serious complications that it is being largely abandoned in favor of root division.

The division of the sensory portion of the posterior root of the gasserian ganglion is by all means the operation of choice. With experience and perfection of technic, the mortality of this procedure has been reduced to less than one-half of one percent, and by this procedure in typical cases we can promise a complete and permanent relief of pain. In our experience, patients so treated regret their wasted time in trying to procure permanent relief from alcoholic injections and peripheral resections. Even in the aged and those afflicted with cardiac or renal disease to an extent contra-indicating general anesthesia, division of the posterior root can be very satisfactorily accomplished under local anesthesia; in fact, in the majority of instantes we find that under local aneshtesia and with the patient in a sitting posture, the complete operation may be effected in less than an

hour, entirely without pain, wich a minimum loss of blood and totally without shock. In patients who are very nervous and do not wish to be operated without being put to sleep, it is our practise to use rectal oil-ether anesthesia, which makes the patient drowsy or induces light sleep; the operation is then done under local analgesia. With this method of anesthesia, the marked venous oozing so commonly encountered in gasserian work resulting from the cerebral congestion of an inhalation anesthesia, is largely eliminated, and it is possible to complete the operation in a much shorter time—often our local anesthesia cases are completed in less than 45 minutes.

The surgical treatment of trigeminal neuralgia, whether it be alcoholic injection, avulsion, or resection of the posterior root, invariably results in a cutaneous anesthesia of the affected side. Unless this anesthesia is produced, the beneficial effects of the treatment are not experienced. To the patient the operation resolves itself into an aceptance of cutaneous anesthesia for loss of pain. The numbness of the anesthetic region of the face annoys some patients until they become accustomed to its presence. Usually a few months is sufficient, and patients with true paroxysmal trigeminal neuralgia are always grateful to exchange their pain for an anesthesia.

With the perfection of the technic of posterior root division, it seemed that the question of trigeminal neuralgia was solved, yet experience has proved that even this procedure might be relned by preserving the motor root of the trigeminus, which may in most instances be satisfactorily isolated—thereby preserving the function of the masseter, temporal and pterygoid muscles of that side. This is of particular importance in those rare cases in which the patient is the unhappy victim of a bilateral trigeminal neuralgia.

In a smal percentage of cases, trophic disturbances in the cornea occur, and after all due precautions we have observed minor corneal abrasions in about 4 percent, though less than 1 percent have actually developed corneal opacities. Spiller and Frazier have pointed out that in the posterior root of the ganglion the fiber bundles are arranged in groups, corresponding in function to the terminal divisions of the trigeminus, and that it is possible to divide the outer two-thirds of the posterior root and preserve sensation in the cornea and the first division of the nerve. Inasmuch as the majority of cases of trigeminal neuralgia are limited to the second and third divisions, this subtotal resection of the posterior root seems to completely relieve the neuralgia and at the same time preserves corneal sensation, thereby preventing the possibility of corneal trophic changes. In doing this operation under local anesthesia, we have repeatedly demonstrated the feasibility of this procedure,—by dividing a portion of the root, and having the cooperation of the patient, we have been able to determine the exact location of the anesthesia produced. In dividing the bundles of the trigeminal root from without inward, division of the first bundles produce an anesthesia of the chin and lower lip; with the progressive division of bundles medially, the area of anesthesia is raised until the eye is approached, thus demonstrating clearly the position of the bundles in relation to the ganglion and its peripheral divisions. In those patients who suffer from involvement of the first and second divisions of the trigeminus, it seems advisable to divide the entire root, making no attempt to preserve corneal sensation.

While in typical cases of paroxysmal trigeminal neuralgia the relief obtained from division of the sensory root of the ganglion is certain and permanent, this procedure does not serve to relieve certain other disorders in which pain is expressed in the trigeminal area, and it is the experience of most neurologic surgeons to have operated certain atypical cases which were not true paroxysmal trigeminal neuralgias, and failed to relieve the pain. These unfortunate experiences with atypical cases have been exceedingly helpful in the clinical identification of types, though in some instances we may still have difficulty in differentiating certain forms of facial pain which more or less simulate the typical clinical expression of the mauady. Any type of facial pain which crosses the midline of the face or radiates beyond the trigeminal area, or which is attended with objective symptoms such as anesthesia or facial paralysis, and most cases in which a paroxysm laste longer than a few minutes should be considered as doubtful, even though the pain appears to be largely should be considered as doubtful, even though the pain appears to be largely confined to a definite trigeminal area. Mid-facial neuralgias of the spheno-palatine type may occasionally bear some of the characteristics of trigeminal afflictions, but they may be differentiated in that they are relieved by anesthetizing the mucous membrane of the nose in the posterior middle turbinate region. Tumors of the posterior fossa and the gasserian ganglion rarely give typical attacks and are invariably associated with more or less organic disturbance with objetive signs which immediately sugests the nature of the lesion. Attacks of migraine are commonly confused with trigeminal neuralgia, and are to be differentiated by their regular periodicity, the length of the throbbing nature of the pain, which progressively increases and decreases. Various other disturbances giving pain in the trigeminal area are little understood and can be but indefinitely classified at the present time; certain of these are undoubtedly due to disturbance of the sympathetic system. We have seen two instances of painful afflictions of the face, upon which the posterior root of the trigeminus had been previously divided, yet the patient continued to have a more or less constant burning pain in the anesthetic area. Both of these cases were eventually entirely relieved through resection of the superior cervical sympathetic ganglion and a decortication of the internal carotid artery.

When there is doubt regarding the nature of a facial neuralgia, particularly if it involves the area of the second or third trigeminal divisions, the diagnosis might be helped by alcoholic injections of the divisions at the foramen rotundum or ovale. If there follows a complete anesthesia in the cutaneous area of the branch injected and the neuralgia is entirely relieved and remains relieved as long as the anesthesia persists, the condition can be reasonably considered as being a true trigeminal neuralgia. When, however, the pain persists in the anesthetized area after an alcoholic injection, the surgeon may conclude that the case is not a trigeminal affair.

Reiteration of salient points:

1. Typical paroxysmal trigeminal neuralgia is a disease characterized by a distinctive symtomatology, which is not to be confused with other expressions of facial pain occurring in the trigeminal area.

2. Paroxysmal trigeminal neuralgia is never cured by the use of drugs, oper-

ations upon the sinuses or teeth, and in most instances is but temporarily relieved by alcoholic and operations upon the peripheral branches of the ganglion.

3. Typical cases of trigeminal neuralgia are completely and permanently relieved by dividing the posterior root of the gasserian ganglion, which can be safely and easily accomplished under local anesthesia by an experienced neurosurgeon.

4. In obtaining relief for trigeminal neuralgia, the patient gratefully exchanges his paroxysmal pain for a permanent cutaneous anesthesia of the affected side of the face, nose, mouth and tongue, to which he usually becomes adjusted in a relatively short time.

5. In most instances, it is possible to preserve the motor root, thereby retaining function in the masseter temporal and pterygoid muscles of the affected side.

6. Under local anesthesia, it is quite a simple procedure to resect bundles of the posterior root of the ganglion progressively from without inward, raising the level of the anesthesia from the chin upward until the lower eyelid is reached, preserving corneal sensation. It is also possible, beginning on the medial aspect of the root to progressively resect the fibers outwardly, lowering the area of forehead anesthesia until the upper eyelid is reached, thereby effecting an almost complete division of the posterior root, retaining only those fibers subserving corneal sensation.

7. Subtotal resections of the posterior rooot give very satisfactory results, when anesthesia is produced over the second and third divisions of the nerve, preserving corneal sensation, which when sacrificed, subjects the patient, in a small percentage of cases, to certain trophic disturbances which occasionally lead to permanent corneal opacities.

8. A certain type of pain in the trigeminal area, characterized by a more or less continual burning sensation, is relieved by resection of the cervical sympathetic.

* *

UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE

Deaths Due to Syphilis in France

Twenty thousand infant deaths, 40,000 abortions and 80,000 deaths among adults is the toll exacted by syphilis in France each year, according to the Minister of Labor, Hygiene and Social Welfare as reported in a recent number of "The Lancet" (London). The government is undertaking a campaign of public enlightenment and is instituting preventive measures for which 4,000,000 francs are appropriated annually. The Minister states that progress is taking place and points to the fact that syphilis is no longer regarded as a disease to be hushed up.

* *

Hospitals and Venereal Disease Control.

That hospitals may function effectively in the control of the venereal diseases is the substance of an editorial appearing in the October number of "The Modern

Hospital". Says the editor: "One specific part of the public health program in which hospitals could and should actively engage is in the control of venereal diseases. In no particular is there a greater opportunity to do educational work and certainly in the treatment of the venereal infections much may be accomplished if the work is thoroughly done". The work of the United States Public Health Service through its Division of Venereal Diseases is commented upon as being "largely responsible for the awakening of the people of the United States to the actual and potential dangers that the continuance of these diseases constitutes".

Hospitals can render invaluable assistance to State, city and country health departments by giving the general public information regarding this gigantic health problem. With that end in view, not only hospital superintendents and the medical staff, but nurses, social workers and others coming in contact with the sick should be educated to the point that they will assist in promoting this valuable public health activity. "Here", concludes the editor, "is a piece of work and a responsibility that the hospital field should and must meet at once".

* *

District of Columbia Druggists Urge Support of Venereal Disease Control Law.

That druggists should no more attempt to treat the venereal diseases than they should handle smallpox, typhoid, diphtheria, or similar ailments is the view expressed by the Legislative Committee of the District of Columbia Retail Druggists' Association in a circular recently issued by the committee to members of the Association. "Druggists must realize", says the committee, "that efforts of the public health authorities have placed venereal diseases in the same category as smallpox, diphtheria, typhoid, yellow fever and other, more or less controlable diseases". Attention is directed to the venereal disease control law for the District of Columbia enacted by Congress in February, 1925, and the druggists of the District are urged to cooperate with the local health department and physicians in making effective the provisions of the law.

* *

VITAL FACTS ABOUT CANCER

The American Society for the Control of Cancer.

1.—During the Great War the United States lost about 80,000 soldiers. During the same two years 180,000 people died of cancer in this country. Cancer is now killing one out of every ten persons over forty years of age.

2.—Many of these deaths are preventable, since cancer is frequently curable, if recognized and properly treated in its early stages.

3.—Cancer begins as a small local growth which can often be entirely removed by competent surgical treatment, or, in certain external forms, by using radium X-ray or other methods.

4.—Cancer is not a constitutional or

"blood" disease; there should be no thought of disgrace or of "hereditary taint" about it.

5.—Cancer is not a communicable disease. It is not possible to "catch" cancer from one who has it.

6.—Cancer is not inherited. It is not certain even that a tendency to the disease is inherited. Cancer is so frequent that simply by the law of chance there may be many cases in some families, and this gives rise to much needless worry about inheriting the disease.

7.—The beginning of cancer is usually painles; for this reason its insidious unset is frequently overlooked, and is too easily neglected. Other danger signals must be recognized and competent medical advice obtained at once.

8.—Every persisting lump in the breast is warning sign. All such lumps are by no means cancer, but even innocent tumors of the breast may turn into cancer if neglected.

9.—In women continued unusual discharge or bleeding requires the inmediate advice of a competent doctor. The normal change of life is not accompanied by increasing flowing which is always suspicious. The return of flowing after it has once stopped should also be suspicious. Do not expect the doctor to tell you what the matter is without making a careful physical examination.

10.—Any sore that does not heal, particularly about mouth, lips, or tongue, is a danger signal. Picking and irritating such sore, cracks, ulcerations, etc., or treating these skin conditions, by home remedies, pastes, poultices, caustics, etc., is playing with fire. Warty growths moles, or other birthmarks, especially those subject to constant irritation, should be attended to immediately if they change in color or appearance, or start to grow. Avoidance of chronic irritation and removal of just such seemingly insignificant danger spots may prevent cancer.

11.—Persistent indigestion in middle life, with lost of weight and change of color, or with pain, vomiting, or diarrhea, call for thorough and competent medical advice as to the possibility of internal cancer.

12.—Radium is a useful and promising means of treatment for some kinds of cancer, in the hands of the few skillful surgeons and hospitals possessing sufficient quantity of this rare and very expensive substance; it must not be thought as a cure-all for every form of cancer. No medicine will cure cancer. Doctors and institutes which advertise "cures without the knife" play upon the patient's fear of operation in a way that leads too often to the loss of precious time, and fatal delay in seeking competent treatment. Go first to your family physician.

13.—Open warfare by open discussion will mean the prevention of many needless deaths from cancer. The common belief that cancer is a hopeless malady is largely due to the fact that cases of successful treatment are frequently concealed by the patient and his family, while cases of failure (too often resulting from delay) are apt to become common knowledge.

14.—The American Society for the Control of Cancer is a league enlisting the principal agencies and individuals in the United States and Canada who are striving to make headway against this formidable disease by a campaign of public education to make wider use of present knowledge in its prevention and cure. Annual dues are $5.00. Larger contributions are solicited. Checks payable to Howard Bayne, Columbia, Trust Company, New York City, Treasurer. If the cause appeals to you, you can help by Joining the League.

INFORME DEL PRESIDENTE
A LA
CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

Asamblea Anual de 1924.

El programa realizado durante el año cumple solamente en parte la labor asignada a esta Directiva por la Asamblea Anual próximo pasada, pues queda todavía por cristalizar el proyecto de hospitales. Esta Directiva creyó prudente dejar en suspenso sus gestiones a este respecto, por no obstaculizar el hermoso plan del Hospital Betances, que prohijan distinguidos miembros de esta Asociación.

La parte más importante del programa, sin embargo, aquella en que se nos encomendó la fusión de las dos asociaciones existentes,—La Asociación Médica de Puerto Rico y la Asociación de Médicos de Beneficencia—, en una sola, y la posible atracción a nuestro seno de la mayor parte de los médicos que honorablemente practican su profesión en Puerto Rico, ha sido cumplida a medida de nuestras fuerzas.

Gracias a la generosa y decidida cooperación de la Junta Directiva de los Médicos de Beneficencia y gracias a la buena voluntad que anima a todos y a cada uno de los compañeros que integrábamos ambas agrupaciones, la cristalización de este bello proyecto fué de ejecución relativamente fácil.

Se preparó un proyecto de reglamento para regir los destinos de la Asociación, el cual fué aprobado en la asamblea conjunta de ambas asociaciones celebrada en julio próximo pasado. De acuerdo con sus disposiciones, se imponía el establecimiento inmediato de siete asociaciones de distrito.

Esta Junta, con el apoyo y ayuda constante de la Directiva de la Asociación de Médicos de Beneficencia, pudo dar cumplida ejecución a esta parte del reglamento, gracias, también, a la decidida cooperación, de gran número de compañeros de la Isla. Por ello, es para nosotros un alto honor y un agradabilísimo deber, el pediros ingénua y sinceramente, a nombre de nuestros compañeros de Directiva y en el nuestro propio, que esta Cámara de Delegados conceda un voto de gracias a la Directiva de la extinta Asociación de Médicos de Beneficencia y a todos aquellos compañeros que directamente cooperaron a la feliz realización de la tarea asignada. No puedo pasar adelante sin mencionar, especialmente, la labor de los compañeros de Guayama y Aguadilla, quienes además de llenar cumplidamente sus deberes como asociados, caballerosamente nos obsequiaron con espléndidos banquetes en ambas cabeceras de distrito.

Solamente palpándolo de cerca, como tuvimos la oportunidad de hacerlo los que fuimos por la Isla a las distintas reuniones celebradas para fundar las asociaciones de distrito, codeándonos íntimamente con un crecido número de compañeros, puede uno darse perfecta cuenta de la labor enorme que había realizado aquel pequeño núcleo de hombres altruistas y de clara inteligencia, que establecieron y fo-

mentaron la Asociación de Médicos de Beneficencia, la que hoy forma con nosotros no sólo un solo cuerpo, sino y, sobre todo, la columna principal y más entusiasta de nuestra Asociación.

Puerto Rico cuenta hoy con una Asociación Médica viva, enérgica y entusiasta, dispuesta a hacer sentir su influencia bienhechora en todos los órdenes de la vida. A este respecto, nos permitimos sugerir no en son de crítica para nadie, sino como resultado de dura experiencia personal, que deben aceptar cargos de confianza dentro de la Asociación aquellos compañeros que estén dispuestos a recibir tal designación, no como un honor conferídole en reconocimiento de sus indiscutibles méritos profesionales, sino como la aceptación de un contrato moral que cumplir, el que envuelve un deber sagrado para con sus compañeros, para con la Asociación y para consigo mismos.

Una vez ya realizado este mandato del reglamento, las asociaciones de distrito, ya establecidas y funcionando, esta Directiva, tratando de cristalizar el pensar y sentir de la clase médica en general, designó un Comité de Aseguro, que preparará un proyecto de índole parecida al sugerido por el Dr. José M. Santiago, recayendo estos nombramientos en los Doctores Santiago, Vélez López y Quevedo Báez.

Después de repetidas reuniones de este Comité, en las que tomó parte activa la Directiva, se presentó ante la Asamblea Extraordinaria citada al efecto, por mandato de la Asamblea Extraordinaria celebrada en fecha anterior, el proyecto de bases para el aseguro. Es de lamentar que la fecha de esta asamblea coincidiera con el período más intenso de la campaña electoral próximo pasada, hasta el extremo de que varios compañeros que habían expresado deseos de estar presentes, tuvieron que excusarse por telégrafo, delegando en otros su representación. Sin embargo, un contingente entusiasta de toda la Isla, a despecho de las apremiantes ocupaciones profesionales y políticas que les retenían en sus pueblos y desafiando las lluvias torrenciales de la época, concurrieron a la asamblea, dispuestos a realizar hasta lo imposible.

Despertó tal interés este proyecto de aseguro, que las discusiones se prolongaron durante toda la mañana y la tarde, hasta muy entrada la noche, hora en que se levantó la sesión, faltando, todavía por discutir gran parte del proyecto, y recomendando la asamblea que se convocara oportunamente a otra extraordinaria en que se ultimara la discusión y aprobación de este plan. Desgraciadamente, se olvidó desginar fecha fija para esta otra reunión.

Nos permitimos, pues, sugerir a esta Cámara, que en caso de no haber tiempo hábil en esta ocasión para continuar el estudio de este proyceto, tal cual fué enmendado en dicha asamblea, y que para beneficio de todos insertamos en nuestro Boletín, que se designe una fecha oportuna para cumplir con el mandato expreso de la asamblea de noviembre.

Este año la salida del Boletín ha sido un tanto irregular. Fué poco menos que obra de romanos el conseguir trabajos médicos para las distintas ediciones.

Por fortuna, el Boletín ha quedado organizado sobre bases más sólidas, de tal manera, que confíamos que no vuelva a repetirse lo de este año. Actualmente el periódico paga su propio costo, por medio de anuncios legítimos. El precio de cinco dólares por página de anuncio escasamente pagaba el costo intrínseco de publicación del referido anuncio, y por lo tanto fué elevado a treinta dólares de

promedio por página, concediendo un 33% de descuento a nuestros anunciantes antiguos y un 10% adicional por contratos anuales. Esto se debe, en parte, a que la Junta Directiva nombró a la reputada firma Gauthier & Hoadley como corredores de anuncios, concediéndoles un 33% de prima por conseguir y preparar los anuncios, haciéndoles a ellos responsables del formato y corrección de sus pruebas, pero sometiendo siempre toda página de anuncio y todo contrato a la aprobación de la Junta Directiva. Cada página de anuncio produce, pues, actualmente, cerca de doce dólares netos. En años sucesivos ese 33% de descuento debe irse reduciendo gradualmente hasta desaparecer.

Como ustedes comprenderán, esto se debe, a que en vez de los anuncios conseguidos ser el producto de distinciones conferidas al compañero que penosamente los solicitaba, se ha logrado establecer este servicio sobre la base perdurable, la de la conveniencia recíproca.

La Asamblea Extraordinaria de junio encargó que invitáramos a la Asociación de Cirujanos Dentales para redactar un proyecto de bases que facilitara la cooperación más íntima y eficaz entre ambas profesiones hermanas. El consensus de opinión médica universal tiende hacia la unificación de estas dos profesiones, conceptuando la Cirugía Dental, como una especialidad dentro de la Medicina, exigiendo al cirujano dental la preparación médica equivalente a la nuestra antes de especializarse en su propia rama. Esta corriente de opinión se ha pronunciado ya abiertamente en Estados Unidos, y ha sido favorablemente recomendada por el Consejo de Educación de la Asociación Dental Nacional y endosada por la Carnegie Foundation for the Advancement of Science.

Puerto Rico, por su condición de pueblo cosmopolita, debe ser de los primeros en coadyuvar a la conjunción de esfuerzos entre profesiones afines, dando así un ejemplo de visión elevada y preparación sólida, en problema de tanta trascendencia.

En mi carácter de Presidente de esta Asociación, se me invitó a presentar ante la Asamblea Anual de la Asociación Dental los puntos de contacto entre ambas profesiones. Aproveché, entonces, la oportunidad para sugerir a dicha asamblea, que se designara de su seno un comité, que con nuestra Directiva, redactara un proyecto de bases para la cristalización de tan hermoso plan.

El digno Presidente de la Asociación Dental, en cumplida comunicación, que tengo el honor de someter a ustedes, investido con la consiguiente autoridad por la Asamblea de la Asociación Dental, nis hace constar que está pronto a poner en práctica el plan sugerido.

Hemos cambiado impresiones repetidas veces y aunque no se han redactado las bases de este entendido, por esperar nosotros la ratificación oficial de esta Cámara antes de seguir adelante, nos hemos permitido sugerir, sin embargo, a la Asociación Dental que nuestro Boletín pudiera servir de órgano oficial de ambas Asociaciones, paso que redundaría en gran beneficio para todos.

El Boletín de esta manera tendría así un mayor campo de acción, rindiendo un servicio más amplio a las dos profesiones, daríamos el ejemplo de ser los primeros en el mundo en dar los pasos que están llamados a dar en un futuro cercano estas dos profesiones aliadas.

He dejado especialmente para lo último, de modo que quede bien fresco en la mente de todos, el traer a discusión las grandes ventajas que para el público y para la profesión han de derivarse de una labor más de consuno entre el Departamento de Sanidad Insular y la Asociación Médica de Puerto Rico. Una cooperación más íntima entre estos dos organismos significaría, para el Departamento de Sanidad, el contar con el endoso y ayuda moral, inestimables, del cuerpo médico de Puerto Rico; para la Asociación, el que fueran sus mismos miembros los primeros en reconocer pública y oficialmente la gran influencia moral que ella ejerce en pro de los intereses públicos, contribuyendo de este modo a que trascienda al pueblo tal reconocimiento.

Difícilmente podrá presentarse ocasión más propicia que en este momento, de dar prueba fehaciente de esta tendencia y programa de nuestra Asociación, al ofrecer nuestra desinteresada y franca cooperación a las autoridades correspondientes, en el fomento y desarrollo de la Escuela de Medicina Tropical.

Esta Asociación, compenetrada del gran servicio y de la gran influencia que está llamada a ejercer esta nueva estrella de nuestro cenit tropical; esta Asociación, inspirada en los sanos principios de alta moralidad profesional, que siempre la han regido, debe ofrecer espontánea e inteligentemente su más caluroso apoyo a las autoridades encargadas de realizar tan magno proyecto.

Nos permitimos a este respecto, someter a vuestra consideración las correspondientes resoluciones redactadas al efecto, confiados en que recibirán vuestro franco endoso.

Entre los acontecimientos del año de mayor importancia para la clase médica insular, figura la aprobación de la ley regulando la práctica de la medicina y de sus profesiones derivadas. Este gran paso de avance, aprobado por la asamblea extraordinaria última de nuestra Legislatura, se debe, también, esencialmente, a la iniciativa de nuestra progresista Junta de Médicos Examinadores con el endoso y apoyo del Gobernador de Puerto Rico, y a la cooperación más decidida, entusiasta e inteligente de nuestros compañeros médicos en la Legislatura. Fué decisiva la obra de estos últimos para la aprobación de este proyecto de ley, pues nos consta de conocimiento personal, las grandes dificultades con que tropezaban.

La Directiva apoyó, con todo entusiasmo, medida tan beneficiosa. La profesión médica debe contar con representación adecuada en nuestros cuerpos colegisladores. Aún mas, es una necesidad pública el que haya representación médica en ambas Cámaras. Hasta la fecha, tal ha sucedido debido a la iniciativa particular de algunos compañeros, quienes con su propio esfuerzo se han conquistado tan importante posición política, sin que la Asociación, como cuerpo organizado, les haya brindado el menor apoyo.

Contamos, por fortuna, en este momento, en nuestro seno, con miembros distinguidos de ambas ramas legislativas y sus experiencias y consejos a este respecto, deben ser tomadas aquí muy en consideración.

Gracias también a la iniciativa de nuestra Junta de Médicos Examinadores, todos miembros de distinguidos de esta Asociación, acaba de conseguirse la reciprocidad con el Estado de Nueva York, obra en gran medida de la inteligente presentación que ante las autoridades neoyorquinas hizo nuestro culto compañero. Dr. Biascoechea, Secretario de esa Junta. El Dr. López Antongiorgi, distinguido y

consecuente miembro de esta Asociación, contribuyó, también, no poco, al buen éxito de estas gestiones.

Conceptúamos, pues, un privilegio muy señalado el sugeriros que se eleve un sincero voto de gracias al Hon. Gobernador de Puerto Rico, a los Honorables Presidentes del Senado y de la Cámara, como representativos de nuestra Legislatura, a nuestros compañeros legisladores, y a la Junta de Médicos Examinadores, por sus valiosas gestiones en pro del mejoramiento de la clase médica. Sólo reconociendo y alentando labor tan meritísima podremos realizar en el futuro algo práctico en pro del bienestar del procomún.

INFORME DEL PRESIDENTE
A LA
CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Asamblea Anual de 1925.

Los médicos de Puerto Rico confíamos y esperamos que se pondrá en vigor vuestra resolución del año pasado, regulando el sueldo mínimo de los titulares. Todos hemos firmado expontáneamente un juramento, comprometiéndonos, bajo palabra de honor, a declinar después del primero de julio próximo, cualquier cargo profesional que no se ajuste a las disposiciones de dicha resolución.

Es la primera vez que la voz unánime de la clase médica de Puerto Rico repercute de uno a otro confín de la Isla. Y esta Cámara de Delegados, representación genuina de la Asociación Médica Insular, sabrá comportarse a la altura de las circunstancias y de su responsabilidad, marcando le derrotero a seguir para la consecusión de la aspiración general.

En las asambleas extraordinarias de las Asociaciones de Distrito, celebradas con el objeto de estudiar esta resolución, se sometieron y aprobaron varias enmiendas que os serán presentadas por distinguidos delegados de asociaciones locales y que, de seguro, habrán de merecer vuestra más calurosa aprobación.

Es para mi un deber muy grato poder aseguraros que el triunfo más feliz coronará nuestros esfuerzos, pues la unidad de acción y de pensamiento que ha prevalecido en todas partes, la ausencia completa de una sola voz disidente y la entereza de carácter demostrada por todos, me obligan a poder así informaros.

Los distinguidos miembros del Comité de Beneficencia, de nuestro Consejo, y demás compañeros de directiva, han sido testigos presenciales del entusiasmo que ha reinado en todas las asambleas de distrito a que hemos asistido, gracias al impulso que supieron imprimirles las directivas de las asociaciones locales, rivalizando unas con otras en cumplir cada vez mejor las responsabilidades de su cargo. Gran número de los compañeros que integran esas directivas nos han acompañado de asamblea en asamblea, contagiándonos a todos con el entusiasmo rebosante que de ellos emanaba. Todos estos her-

mosos ejemplos son augurios felices de mejores días. El detalle de la labor realizada habréis de oirlo en breve de labios de los propios presidentes de los comités respectivos.

Merece el mayor encomio y respeto la delicadísima labor realizada por el comité que, a recomendación de la asamblea extraordinaria de febrero próximo pasado, y compuesto por los compañeros Figueroa, Gómez Brioso, Gutiérrez Ortiz, Quevedo Báez y Santiago, tuvo el privilegio de redactar la "Declaración de Principios de la Asociación Médica de Puerto Rico", documento preciosísimo, en el cual se pone de relieve la verdadera alma de la clase médica puertorriqueña, exponente fiel de nuestra posición en cuanto a beneficencia respecta.

Repetidas felicitaciones hemos recibido por tan concienzudo trabajo, habiendo merecido el honor de verse reproducido en revistas médicas europeas.

Adjunto con dicha "Declaración de Principios" se envió a los Alcaldes y Presidentes de Asambleas Municipales la resolución que hoy nos coupa, explicándoles a dichos funcionarios, en atenta carta de esta Presidencia, que la Asociación está vivamente interesada en el mejoramiento del servicio de beneficencia; que por dicha razón le ofrecía su cooperación más decidida para el estudio de dicho servicio, de acuerdo con las necesidades y medios con que cuenta cada municipio. Se les encarecía, además, de que se diera cuenta con aquella nuestra generosa oferta y aquellos documentos ante sus respectivos organismos municipales, informandósenos de las disposiciones que se tomaran al efecto.

Me apena tener que confesar, que, salvo raras excepciones, los municipios nos han dado "la callada por respuesta". Dedúcese, de ésto, que nuestros directores municipales no se dan cuenta de que "la salud pública es su ley suprema" y que tampoco han sabido justipreciar nuestros buenos deseos, al despreciar tan favorable oportunidad de mejorar la precaria salud de nuestro pueblo.

Nos vemos obligados por las circunstancias, pués, a tener que recomendar que se impone el adoptar medidas más drásticas que las puestas en práctica hasta hoy, para hcaernos oir.

Es necesario convencernos que nos atañe más que a nadie la solución del problema de la beneficencia municipal. Es un prbolema de salud pública que cae primordialmente dentro de nuestro dominio. No es razonable esperar lo imposible de nuestra Legislatura Insular o de nuestros municipios, ya que las limitaciones naturales del ambiente lo prohiben. Somos los que más cuenta nos damos de la situación precaria porque atraviesa Puerto Rico en cuanto a salud y situación económica, pues somos los únicos cuya misión es velar por la salud y hasta la vida del morador del bohío o del hogar del potentado. Nuestro deber es ineludible. Nuestra conciencia de profesionales honrados y de dignos hijos de esta tierra, nos impele a tomar la iniciativa. Manos a la obra, y no nos detengamos ante obstáculos, ni ante sacrificios.

Me permito proponer que se designen fechas adecuadas en las cuales se celebren asambleas extraordinarias de cada una de las Asociaciones de Distrito, dedicadas exclusivamente al estudio del problema de la benefiencia municipal, en relación con las necesidades y medios con que cuenta cada municipio. A estas reuniones deben ser particularmente invitados los alcaldes y miembros de las asambleas municipales de todos y cada uno de los pueblos del distrito correspondiente. Los

médicos de toda la Isla tendremos la obligación de concurrir a dichas asambleas a enseñar y a aprender, y sobre todo, a cooperar.

Empezando por recabar privilegios, nos sentimos más obligados a cumplir deberes. La situación de penuria porque atraviesa Puerto Rico es cada vez más desoladora. Aumenta a diario el porcentaje de morbilidad. Disminuye progresivamente el índice de producción. Un círculo férreo, vicioso, nos estrangula. A mayor penuria, mayor morbilidad; a mayor morbilidad, menor producción; a menor producción, menor remuneración; a menor remuneración, mayor miseria, y, así, volvemos inevitablemente al punto de partida.

Constituímos en Puerto Rico el único cuerpo científico organizado que puede ofrecer la contribución mayor al estudio y solución posible de este despilfarro estéril de energías y agarrotamiento de voluntades. Nos corresponde defender los más altos intereses del país, y por encima de todo, olvidándonos, como sabe hacerlo siempre el médico, de los propios intereses personales. Seamos el instrumento humano más valioso al servicio de nuestro pueblo, para su posible regeneración y resurgimiento. No hay misión tan sublime como la de dar la salud al enfermo. Es comparable, sólo, con la de contribuir a mejorar y conservar la de todo un pueblo.

Nuestra responsabilidad comenzará a cumplirse cuando todos tratemos al compañero como compañero, en todas las circunstancias, en todo momento, y sin reservas mentales de ninguna clase y al triste enfermo, que a nuestra puerta toca, como al ser desgraciado cuya salud y hasta cuya propia vida es nuestra misión sacrosanta restañar o salvar, dentro de los límites finitos de la capacidad humana. Seamos dignos de la clámide honorable que nos cubre. Seamos dignos hijos de Puerto Rico.

La otra resolución de esta Cámara que tiene, también, gran alcance moral, es aquella regulando los anuncios y reclamos que puedan exhibirse en las calles públicas o insertarse en la prensa diaria. Me permito recomendaros que adoptemos una fórmula uniforme, prohibiendo todo anuncio o reclamo en la prensa o en la calle, fuera de una pequeña placa que señale el sitio de la oficina del médico con su nombre y horas de oficina. Esta sería la manera decorosa de evitarnos justas críticas, como hasta la fecha hemos tenido la desgracia de merecer.

Nuestro Comité de Reclamos y Anuncios, cuyo informe en detalle nos habrá de presentar su digno Presidente, ha realiado una de las obras más valiosas de ética profesional que se han llevado a cabo entre nosotros. Los resultados hablarán por sí mismos.

Gracias a todos estos esfuerzos, hace pocos días, al celebrarse el Congreso de Criminología, citado por el Jefe de la Justicia de Puerto Rico, para estudiar las causas de la delincuencia en el país, fué designado unánimemente vuestro Presidente para presidir aquel acto de tanta trascendencia.

Con orgullo como médico, si así puede llamarse la noble satisfacción de ver reconocidos nuestros derechos y pagado el respeto que merece la profesión médica en general; con noble satisfacción fuí a ocupar el puesto de honor que se nos ofrecía, deseoso de brindar a nuestros conciudadanos el humilde acervo de la xeperiencia profesional colectiva en cuanto a profilaxis, patología, y terapéutica del delito.

Esta Asociación, consciente de su deber, designó un Comité integrado por los

compañeros Gutiérrez Ortiz, Gómez Brioso, Figueroa, Quevedo Baez, F. Goenaga y R. M. Suárez, para que redactara un informe adecuado, el cual al terminar de ser leído por nuestro distinguido compañero, Dr. Gutiérrez Ortiz, y a petición de la culta señora Doña Ricarda de Ramos Casellas, provocó de aquel Congreso, puesto de pie, un gran homenaje a la Asociación Médica de Puerto Rico por su valiosa contribución. Quedó designado un Comité permanente compuesto por los presidentes de los comités de las distintas asociaciones allí representadas, y presidido por la misma mesa directiva, el cual continúa estudiando los preciosos documentos sometidos a su consideración. Esperamos que en breve pueda recibir el país el fruto del acto de mayor trascendencia celebrado últimamente.

Hemos sido también invitados a formar parte del Consejo de Asociaciones de Puerto Rico integrado por todas las agrupaciones de progreso social del país, y cuyo objeto es el estudio de los múltiples problemas generales con que nos confrontamos colectivamente, constituyendo, en sí, este Consejo, una poderosa fuerza de opinión pública, una especie de conciencia colectiva, que sancione o que rechace nuestros actos.

Temporalmente me permití designar al Dr. Gómez Brioso y a un servidor de ustedes, para representar a nuestra Asociación, hasta que vosotros dispongáis lo que convenga.

Hemos tenido la satisfacción de departir amigablemente con dos profesionales distinguidos y de gran influencia profesional en Estados Unidos. Me refiero al Dr. K. Winfield Ney, Decano de la Escuela Policlínica de Nueva York, y al Dr. Darrach, también Decano de la Escuela de Medicnia de la Universidad de Columbia.

El primero, generosamente, aceptó una invitación para dictar una conferencia sobre Especialización, en esta asamblea anual. Por desgracia, inconvenientes de última hora nos impiden recibir el fruto de su valiosa experiencia. Os suplico que concedáis al Dr. Ney un caluroso voto de gracias por su generosa colaboración, y, muy especilamente, por su importísima conferencia sobre "Los últimos adelantos de la cirugía del cerebro", dictada bajo los auspicios de esta Asociación, en los salones del Ateneo.

El Dr. Darrach, figura simpática, con palabra fácil y llana, se hizo eco de las aspiraciones de nuestra clase en cuanto al carácter que debe imprimírsele a nuestra futura escuela de Medicina Tropical. Nos aseguró que la Universidad de Columbia se daba perfecta cuenta de la gran oportunidad que aquí se le presentaba para cooperar con nosotros al estudio de los múltiples problemas de medicina tropical y regional que nos ocupan. Nos aseguró, tampién, que Columbia trataría de estar a la altura de la gran responsabilidad que asumía.

Esta Asocicaión está moralmente obligada a ofrecer su más decidido apoyo y cooperación a esta nueva estrella de nuestro cenit tropical, ya que somos en Puerto Rico la profesión que puede y debe indicar el derrotero que debe seguir y el carácter que debe imprimírsele a ésta nuestra preciosísima posesión. La Asociación Médica de Puerto Rico debe tener voz y voto en los consejos directivos de dicho centro de enseñanza, pues ella debe servir, en primer término, los intereses médicos insulares, y sin detrimento y en beneficio de los intereres médicos universales.

150

SUMARIO


MEDICAMENTA
VERA
P.D. & Co.